

Kraamzorgdata-integratie in een datawarehouse

Een onderzoek over het georganiseerd opslaan van kraamzorgdata in een datawarehouse

Student:	Gert Folkerts
Identiteitsnummer:	8360926835
Datum rapport:	20-03-2018
Datum presentatie:	19-04-2018

Kraamzorgdata-integratie in een datawarehouse

Een onderzoek over het georganiseerd opslaan van kraamzorgdata in een datawarehouse

Maternity care data integration in a data warehouse

A research on the organized storage of maternity care data in a data warehouse.

Opleiding:	Open Universiteit, faculteit Management, Science & Technology Masteropleiding Business Process Management & IT
Programme:	Open University of the Netherlands, faculty of Management, Science & Technology Master Business Process Management & IT
Cursus:	IM9806 Afstudeertraject Business Process Management and IT
Student:	Gert Folkerts
Identiteitsnummer:	8360926835
Datum:	20-03-2018
Afstudeerbegeleider	Prof. Dr. Ir. Alexander Udink ten Cate
Meelezer	Dr. Anda Counotte-Potman
Versie nummer:	v3.0
Status:	Definitief
Einddatum:	5-8-2018

Abstract

Dit onderzoek gaat over de manier waarop kraamzorgdata geïntegreerd kunnen worden in een datawarehouse (DWH). Dit kan bijdragen aan de verbetering van de perinatale zorg in Nederland.

De kwaliteit van de perinatale zorg wordt onder andere uitgedrukt in de perinatale sterfte. In Nederland is deze hoger dan in andere West-Europese landen. Om de kwaliteit van de perinatale zorg naar een hoger niveau te brengen is de stichting Perined opgericht. Vanuit deze stichting worden perinatale data verzameld in de Perined Datawarehouse (DWH). Deze worden gebruikt voor analyses, statistiek, benchmarking, kwaliteitsindicatoren en wetenschappelijk onderzoek. De kraamzorgdata ontbreken echter nog in het DWH en worden in Nederland niet systematisch en doorgaans niet digitaal ingevoerd. Dit onderzoek richt zich op hoe deze data verzameld en geïntegreerd kunnen worden in het Perined DWH.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het Detailed Clinical Model (DCM) van de ReproQuestionnaire2 (ReproQ2) aan de randvoorwaarde voldoet voor een goede dataverzameling voor kraamzorgdata. De DCM wordt gebruikt om de verzamelde data van de ReproQ2 op gestructureerde wijze in het Perined DWH te integreren.

De ReproQ2 onderzoekt een breder gebied dan de onderzochte inputformulieren die gebruikt worden door de actoren. Ook zou er nog wat meer tegemoet gekomen kunnen worden aan een betere overlapping met de substandaard factoren (SSF) in de zorgcontext. In principe is de ReproQ2 klaar voor gebruik als inputformulier voor de kraamzorgdata-integratie. Een andere conclusie in het onderzoek is dat de respondenten een positieve indicatie geven over de bijdrage van de kraamzorgdata aan de kwaliteit van de perinatale zorg.

Sleutelbegrippen

Perinatale zorg, DCM, kraamzorg Nederland, Strategisch ICT Management, inputformulieren kraamzorg, datawarehouse, DWH, SSF

Samenvatting

Perinatale zorg omvat de zorg rondom de zwangere moeder, de bevalling en het pasgeboren kind. In Nederland is het verbeteren van de perinatale zorg van belang gebleken omdat de perinatale sterfte in Nederland hoger is dan in andere vergelijkbare Europese landen. Door bemiddeling van de Stichting Perined worden perinatale audits en registraties gedaan om de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg te verbeteren. Om dit uit te voeren worden de perinatale gegevens opgeslagen in het Perined datawarehouse (DWH) en gebruikt voor analyses, statistiek, benchmarking, kwaliteitsindicatoren en wetenschappelijk onderzoek. De data die de kraamzorg verzamelt, maken geen deel uit van de perinatale data. Het blijkt dat kraamzorgdata vaak niet digitaal worden vastgelegd. Maar ook dat het verzamelen van deze data slecht gestructureerd is waardoor archivering niet goed plaats kan vinden. Kraamzorgdata vormen een ontbrekende schakel in de perinatale data. Bekeken moet worden hoe kraamzorgdata gestructureerd opgeslagen kunnen worden in het Perined DWH.

Om dit te kunnen onderzoeken is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *Hoe kunnen de kraamzorgdata gestructureerd geïntegreerd worden in het Perined DWH?*

Om antwoord te geven op deze vraag is een literatuurstudie en empirisch onderzoek uitgevoerd. Volgens het literatuuronderzoek moeten kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd kunnen worden. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met het monitoren in combinatie met de datatransmissies, specificaties, validiteit, het format van verzenden en opslaan van de kraamzorgdata in het Perined DWH. Daarnaast is het voor de volledigheid van de kraamzorgdata van belang dat het inputformulier voor het monitoren voldoende geaccepteerd wordt door de gebruikers. Bij de kraamzorg-integratie wordt ook gekeken naar strategische ICT-aspecten in relatie tot de kraamzorgdata-integratie. In het literatuuronderzoek is hier niet veel over gevonden, maar dat wordt verder uitgewerkt in het empirisch onderzoek. Het literatuuronderzoek laat ook zien dat de perinatale audits en perinatale registraties een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg. Wat de invloed van de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH zal zijn op de kwaliteit van de perinatale zorg is niet bekend. Dit zou in een cohortonderzoek nader onderzocht moeten worden.

Het empirisch onderzoek bestaat uit negen interviews bij drie actoren: 1. vier verloskundigenpraktijken (case1), 2. vier kraamzorgorganisaties (case2) en 3. Perined. Daarnaast is ook deskresearch (data-mapping) uitgevoerd. In het onderzoek geven de respondenten een positieve indicatie over de verwachte bijdrage van de ReproQuestionnaire2 (ReproQ2) aan de kwaliteit van de perinatale zorg. De ReproQ2 is het inputformulier dat de kwaliteit van geboortezorg vanuit het perspectief van de cliënten tijdens en na de bevalling meet. Om de resultaten van de ReproQ2 gestructureerd in het Perined DWH te krijgen wordt het Detailed Clinical Model (DCM) gebruikt. Het DCM van de ReproQ2 moet voldoen aan vastgestelde randvoorwaarden die gelden voor het vastleggen van perinatale data. Uit het empirisch onderzoek is gebleken dat daaraan wordt voldaan. De ReproQ2 is dus in principe klaar om gebruikt te worden voor het vullen van het Perined DWH met kraamzorgdata. Het onderzoek toont ook aan dat er naast de ReproQ2 meerdere mogelijkheden zijn om met inputformulieren kraamzorgdata te verzamelen. Voor iedere inputformulier zal dan wel een DCM ontwikkeld moeten worden.

Het vergelijken van de vragen uit het DCM-ReproQ2 met alle onderzochte vragenlijsten en enquêtes geeft een lage overlapping. De reden voor deze lage score is dat de ReproQ2 een breder onderzoeksgebied heeft dan de onderzochte documentatie. Hierdoor vallen veel vragen buiten het aandachtsgebied. Ook de overlapping van de Substandaard factoren (SSF) met het DCM-ReproQ2 valt om dezelfde reden laag uit. In het onderzoek zijn de actoren eensgezind over de toevoeging van een specifiek element uit de SSF-data aan het DCM-ReproQ2.

Uit het onderzoek blijkt dat de verwachte invoering van de ReproQ binnen de perinatale zorg een aantal gevolgen heeft. Zo wordt een bestaand cliëntevaluatieformulier voor de kraamzorg binnen de kraamzorg, de CQI, niet meer ondersteund. De reden hiervoor is dat gewacht wordt op de introductie van de ReproQ2. Het toepassen van de ReproQ2 is echter niet verplicht bij de verloskundigenpraktijken. Dit blijkt uit de brief van Zorginstituut Nederland *Nieuwe Indicatorenset Integrale Geboortezorg*. Na 2017 hebben deze de mogelijkheid om uit meerdere opties te kiezen voor een meetinstrument. Het is niet bekend of alle inputformulieren waaruit gekozen kan worden al klaar zijn voor data-integratie in het Perined DWH. Gebruikte of bestaande inputformulieren komen in principe ook in aanmerking voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. In het interview met Perined blijkt dat ze open

staat voor de discussie om deze te integreren als dat een relevante wetenschappelijke bijdrage kan leveren aan het Perined DWH.

De interne communicatie speelt parten in de datatransmissie binnen de perinatale zorg en wordt als niet goed geclassificeerd. Dit wordt geweten aan het ontbreken van een goede structuur en het complexe karakter van de communicatielijnen.

Er zijn SSF-data-elementen die de voorkeur genieten bij de respondenten om met behulp van ICT te verbeterd/geoptimaliseerd te worden. De punten die ter verbetering/optimalisatie zijn gekozen vertonen volgens Perined gelijkenis met integrale geboortezorg.

Summary

Perinatal care includes the care around the pregnant mother, the delivery and the newborn child. In the Netherlands, improving perinatal care has proven to be important because perinatal mortality in the Netherlands is higher than in other comparable European countries. By means of the Perined Foundation, perinatal audits and registrations are made to improve the quality of Dutch perinatal care. To do this, the perinatal data is stored in the Perined data warehouse (DWH) and used for analyzes, statistics, benchmarking, quality indicators and scientific research. The data that the maternity care gathers do not form part of the perinatal data. It appears that maternity care data are often not recorded digitally. But also that the collection of these data is poorly structured so that archiving can not take place properly. Maternity care data form a missing link in the perinatal data. It must be seen how maternity care data can be stored structurally in the Perined DWH.

In order to be able to investigate this, the following research question has been formulated: *How can the maternity care data be integrated in a structured way in the Perined DWH?*

To answer this question, a literature study and empirical research have been conducted. According to the literature study, maternity care data must be able to be integrated into the Perined DWH in a structured way. In doing so, account must be taken of the monitoring in combination with the data transmissions, specifications, validity, the format of sending and storing the maternity care data in the Perined DWH. In addition, it is important for the completeness of the maternity care data that the input form for the monitoring is sufficiently accepted by the users. Maternity care integration also looks at strategic ICT aspects in relation to maternity care data integration. The literature research did not find much about this but is further elaborated on in empirical research. The literature study also shows that perinatal audits and perinatal registrations have a positive influence on the quality of perinatal care. The influence of the maternity care data integration in the Perined DWH on the quality of perinatal care is not known. This should be further investigated in a cohort study.

The empirical research consists of nine interviews with three actors: 1. four midwifery practices (case1), two four maternity care organizations (case2) and 3. Perined. In addition, desk research (data mapping) has also been carried out. In the study, the persons interviewed gave a positive indication about the expected contribution of the ReproQuestionnaire2 (ReproQ2) to the quality of perinatal care. The ReproQ2 is an input form that measures the quality of birth care from the perspective of the clients during and after the birth. In order to obtain the results of the ReproQ2 in a structured way in the Perined DWH, the Detailed Clinical Model (DCM) is being used. The DCM of the ReproQ2 must comply with established preconditions that apply to the recording of perinatal data. The investigation has shown that this is being met. The ReproQ2 is therefore basically ready to be used for filling the Perined DWH with maternity care data.

Comparing the questions from the DCM-ReproQ2 with all the questionnaires and surveys that were investigated gives a low overlap. The reason for this low score is that the ReproQ2 has a wider field of research than the documentation studied. As a result, many questions fall outside the scope. Also the overlap of the Substandard factors (SSF) with the DCM-ReproQ2 is low for the same reason. In the research, the actors are unambiguous about the addition of a specific element from the SSF data to the DCM ReproQ2.

The empirical research shows that the expected introduction of ReproQ within perinatal care has a number of consequences. For example, an existing client evaluation form for maternity care within maternity care, the CQI, is no longer supported. The reason for this is that we wait for the introduction of the ReproQ2. However, the

application of ReproQ2 is not mandatory for midwifery practices. After 2017, they have the possibility to choose from multiple options for a measuring instrument. It is not known whether all input forms that can be chosen are ready for data integration in the Perined DWH. Used or existing input forms are in principle also eligible for maternity care data integration in the Perined DWH. In the interview with Perined it appears that she is open to the discussion to integrate it if it can provide a relevant scientific contribution to the Perined DWH.

There are SSF data factors that have been chosen by all respondents to improve / optimize with ICT. These points that have been chosen for improvement / optimization show similarity with integral birth care.

The internal communication plays a part in the data transmission within perinatal care and is classified as not good. This is blamed for the lack of a good structure and the complexity of the communication lines.

There are SSF data elements that are preferred by the respondents to be improved / optimized with the help of ICT. The items that have been chosen for improvement / optimization show similarity to integral birth care, according to Perined.

Inhoudsopgave

Abstract.....	3
Samenvatting.....	4
Summary.....	6
Inhoudsopgave	8
1 Introductie	10
1.1 Inleiding.....	10
1.2 Context.....	11
1.3 Relevantie.....	11
1.4 Probleemstelling.....	12
1.5 Opdrachtformulering.....	12
2 Theoretisch kader	13
2.1 Onderzoeksaanpak	13
2.1.1 Fysieke en digitale bibliotheek	13
2.1.2 Zoekcriteria en zoektermen.....	13
2.1.3 De literatuurkeuze	14
2.2 Uitvoering.....	14
2.3 Organisatie van de Nederlandse perinatale zorg	14
2.4 Het principe van een DWH.....	15
2.5 Het principe van een Clinical Datawarehouse (CDWH)	16
2.5.1 Detailed Clinical Model (DCM) voor het standaardiseren en structureren van zorgdata.....	16
2.5.2 Datatransmissie met behulp van HL7	18
2.5.3 Perined Healthcare Information Architecture	18
2.5.4 Beveiliging van persoonlijke data	19
2.5.5 Dataopslag in het Perined DWH	20
2.6 Inputformulieren Kraamzorg en Verloskundigenpraktijken	21
2.6.1 Inputformulier (ReproQ2) voor de kraamzorg	21
2.6.2 Gebruikersacceptatie en praktijkervaring met de ReproQ in de perinatale zorg.....	22
2.7 Rol SSF met perinatale sterfte	23
2.7.1 Betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid perinatale audit en perinatale registratie.....	24
2.8 Relatie strategisch ICT-management en DWH	24
2.9 Resultaten en tussenconclusies van het literatuuronderzoek	25
2.10 Vervolgonderzoek.....	26

3 Methodologie	27
3.1 Conceptueel ontwerp	27
3.1.1 Doel deskresearch	27
3.1.2 Benodigde informatie deskresearch	28
3.1.3 Doel empirisch onderzoek	28
3.1.4 Benodigde informatie voor het empirisch onderzoek	28
3.2 Technisch ontwerp	29
3.2.1 Methodologische keuze	30
3.2.2 Onderzoeksaanpak	30
3.3 Gegevensanalyse	31
3.4 Reflectie t.a.v. validiteit, betrouwbaarheid en ethische aspecten	31
4. Resultaten empirisch onderzoek	32
4.1 Case 1 Kraamzorgorganisaties	32
4.2 Case 2 Verloskundigenpraktijken	34
5 Resultaten deskresearch	36
5.1 Deskresearch 1 – Relatie DCM-ReproQ2 met SSF-data	36
5.2 Deskresearch 2 – Overlap SSF-data met inputformulieren	36
5.2.1 Overlap DCM-ReproQ2 met de inputformulieren	36
5.2.2 Overlap inputformulieren met de SSF-data	37
5.2.3 Inventarisatie Inputformulieren	38
5.3 Deskresearch 3 - Randvoorwaarden DCM-ReproQ2 voor kraamzorgdata integratie in het Perined DWH.....	39
6 Discussie, conclusie, aanbevelingen en reflectie	42
6.1 Discussie	42
6.2 Conclusies	43
6.2 Recente ontwikkelingen	45
6.3 Aanbevelingen	45
7 Reflectie	46
Referenties	47
Bijlage 1A - SSF Substandaard factoren in de zorgcontext	49
Bijlage 1B - Toelichting deelvragen	50
Bijlage 2A Interviewvragen en categorisatie	52
Bijlage 2B Resultaten interviews	56
Bijlage 3 DCM ReproQ spreadsheet	64
Bijlage 4 Uitwerking Interviewvragen	65
Bijlage 5 Documentatie: Evaluatie- en vragenformulieren	74
Bijlage 6 Toelichting specificatie aanlevering eerstelijnszorg en tweedelijnszorg naar PRN	108
Bijlage 7 Literatuuronderzoek	112
Bijlage 8 Brief College Perinatale Zorg	132

1 Introductie

1.1 Inleiding

Dit onderzoek gaat over hoe kraamzorgdata gestructureerd geïntegreerd kunnen worden in een Datawarehouse (DWH).

Perinatale zorg omvat de zorg rondom de zwangere moeder, de bevalling, de net bevallen moeder en het pasgeboren kind. De periode waarin de perinatale zorg plaatsvindt ligt tussen de vierentwintigste week van de zwangerschap en de tweede week na de geboorte. Het verbeteren van de perinatale zorg in Nederland is van belang omdat het perinatale sterftecijfer hoger ligt dan in andere vergelijkbare Europese landen (Evers et al., 2010). Door stichting Perined worden in Nederland perinatale data verzameld in het Perined DWH. Deze worden gebruikt voor analyses, statistiek, benchmarking, kwaliteitsindicatoren en wetenschappelijk onderzoek. De kraamzorgdata ontbreken echter nog in het DWH en worden in Nederland niet systematisch en doorgaans niet digitaal ingevoerd. Een DWH is een op onderwerpen gebaseerde gegevensverzameling waarin de data voor verschillende processen geraadpleegd kunnen worden zonder dat de oorspronkelijke databronnen belast worden (Verhagen, 2011). Om een DWH in de perinatale zorg verder te verwezenlijken, is door Perined een uitgebreide organisatie opgezet. Deze dient zowel het opzetten en onderhouden van een DWH als het promoten en bevorderen van het gebruik ervan op zich nemen.

Stichting Perined verzamelt en analyseert perinatale data van cliënten uit de praktijken van verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen. Om deze data te verzamelen, worden onder andere perinatale registraties en audits gebruikt. De data die Perined verzamelt in het DWH is van grote waarde omdat dit mogelijkheden geeft voor wetenschappelijk onderzoek, vergelijkingen en het vaststellen van indicatoren. Op dit moment is het Perined DWH nog niet operationeel en bevindt zich in de testfase.

Het doel van dit afstudeeronderzoek is om de randvoorwaarden en verschillende mogelijkheden voor het integreren van de kraamzorgdata in het DWH te onderzoeken.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt vanuit de literatuur de huidige situatie in de perinatale zorg met betrekking tot de kraamzorg weergegeven. De dataverwerking van kraamzorgdata in een DWH vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Ook wordt hier uitleg gegeven over de plaats van de kraamzorg in de perinatale zorg en hoe kraamzorgdata gemeten kunnen worden. Tot slot worden in dit hoofdstuk de relevanties van het onderzoek uitgelegd en de hoofdvragen met bijbehorende deelvragen van het literatuuronderzoek & empirisch onderzoek toegelicht. Hoofdstuk 2 gaat over het literatuuronderzoek met antwoorden en conclusies op de deel- en hoofdvragen. In hoofdstuk 3 wordt uiteengezet hoe het onderzoeksproces in elkaar zit. Hierin komen strategie, methodiek, benadering en aanpak van het empirisch onderzoek aan de orde. In dit hoofdstuk worden ook de onderzoeksanpak en onderzoeksstrategie omschreven per case. Hoofdstuk 4 beschrijft hoe de cases stapsgewijs uitgevoerd moeten worden. De analysemethode wordt ook nader toegelicht in dit hoofdstuk. In hoofdstuk 5 staan de conclusies van de onderzoeksresultaten. Onderdeel van de resultaten zijn ook aanvullend literatuuronderzoek en documentatie die zijn verzameld. Hoofdstuk 6 gaat in op de discussie en over de betrouwbaarheid/kwaliteit van de resultaten. In hoofdstuk 7 staan de conclusies en aanbevelingen die getrokken kunnen worden uit de onderzoeksresultaten inclusief eindconclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek. Hoofdstuk 8 gaat in op de reflecties: wat beter had gekund, wat fout is gegaan en het afgeronde proces/rapport.

1.2 Context

Perinatale zorg in Nederland

De Nederlandse perinatale zorg is onder te verdelen in een eerste-, tweede- en derdelijnszorg (Van Beek, 2009). In Nederland kunnen cliënten tijdens de zwangerschap kiezen om thuis te bevallen of in het ziekenhuis. Eerstelijnszorg wordt bij zogeheten lage-risico-zwangeren zonder tussenkomst van een gynaecoloog aangeboden. Thuis bevallen valt onder de eerstelijnszorg en gebeurt onder leiding van een hbo-geschoolde verloskundige die geassisteerd wordt door een mbo-geschoolde kraamhulp (Jonge de et al., 2013). Kraamzorg is een onderdeel van de eerstelijnszorg. De kraamhulp richt zich na de geboorte op de verzorging van moeder en kind, het huishouden en het weer op gang brengen van het familieleven. We spreken van tweedelijnszorg als zich rondom de zwangerschap een risico voordoet. De cliënt wordt dan doorverwezen naar het ziekenhuis. De derdelijnszorg omvat de zeer gespecialiseerde zorg zoals bijvoorbeeld infertiliteitbehandelingen en neonatologie.

Perinatale data

Het perinatale sterftecijfer is in Nederland hoger dan in andere vergelijkbare Europese landen. Evers stelt dat de gerapporteerde hoge perinatale sterfte in Nederland aanleiding geeft om de veiligheid van de eerstelijnszorg rondom geboorten - en in het bijzonder de thuisbevallingen - in twijfel te trekken (Evers et al., 2010). Perined heeft tot doel om de kwaliteit van de perinatale zorgverlening in Nederland te vergroten door met alle bij de perinatale zorg betrokken organisaties te kijken hoe het beter kan. Belangrijke instrumenten daarbij zijn perinatale registraties en perinatale audits. Bij perinatale registraties leggen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen hun gegevens over geboortezorg vast met als doel inzicht te krijgen in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en deze te verbeteren (Perined, 2013). Dit is een vorm van reguliere registratie. Perinatale audits worden alleen uitgevoerd als er voor, tijdens of na de geboorte van het kind sprake is van bepaalde aandoeningen of ziektebeelden (morbiditeit) of sterfte (mortaliteit). Tijdens zo'n perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk doodsoorzaak als hier sprake van is. Uiteindelijk doel is kwaliteitsverbetering van de door hen geleverde zorg (Perined, 2013).

Zowel de data uit de perinatale registraties als audits zijn van belang om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren (Diem et al., 2010). Om de perinatale data (inclusief perinatale audits) van moeder en kind beschikbaar te stellen voor analyses, statistisch onderzoek, het uitvoeren van benchmarking, het bepalen van kwaliteitsindicatoren en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, worden deze data opgeslagen in de Perined Data Warehouse (DWH). Deze DWH dient nog verder uitontwikkeld te worden, maar wordt al wel gebruikt door Perined.

1.3 Relevantie

Maatschappelijke relevantie:

Het is maatschappelijk gezien van belang dat de kwaliteit van de perinatale zorg wordt verbeterd zodat het relatief hoge perinatale sterftecijfer verminderd kan worden. Een goed opgezette Perined DWH is een onmisbare bron voor diverse wetenschappelijke studies rondom de perinatale zorg. Door incidenten en geregistreerde zorgfeiten gestructureerd te integreren in een DWH kan dit vanuit het oogpunt van de Business Process management mogelijk tot nieuwe wetenschappelijke inzichten leiden.

Wetenschappelijke ICT-relevantie:

Het is wetenschappelijk relevant om te onderzoeken of data in een complexe omgeving gestructureerd opgeslagen kunnen worden in een DWH waarbij de structuur van de opgeslagen data wordt gebaseerd op het DCM. Daarbij is het ook van wetenschappelijk belang wat de ICT-randvoorwaarden zijn voor het invoeren van kraamzorgdata in het Perined DWH en hoe de acceptatieverwachtingen en de strategische ICT-beslissingen zijn van de actoren. De kraamzorgorganisaties en verloskundigenpraktijken zijn in dit onderzoek de inputleveranciers

en belangrijkste actoren. De ICT-randvoorwaarden vormen de basis waarop de kraamzorgdata gestructureerd geïntegreerd kunnen worden in het Perined DWH.

1.4 Probleemstelling

In de Nederlandse perinatale zorg worden de kraamzorgdata over het algemeen schriftelijk gerapporteerd. Ook blijkt dat registratie binnen de kraamzorg niet volledig en eenduidig is. Doordat kraamzorgdata niet in het Perined DWH komen, kunnen deze niet dienst doen als aanvullende brondata voor zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers. Terwijl een kleine 90% van alle kraamgezinnen gebruik maakt van kraamzorg bij alle bevallingen in Nederland. Dit is een gemiste kans op een bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland. Bijkomend probleem is dat er nog weinig bekend is over het georganiseerd opslaan van kraamzorgdata (data uit de eerstelijnszorg) in een DWH. De ReproQuestionnaire2 (ReproQ2) is een inputformulier specifiek ontwikkeld voor de periode tijdens en na de bevalling. Het is niet bekend wat de invloed van dit nieuwe inputformulier op de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH zal zijn.

1.5 Opdrachtformulering

Om de probleemstelling te kunnen onderzoeken is gekomen tot de volgende opdrachtformulering: *Hoe kunnen de kraamzorgdata gestructureerd geïntegreerd worden in het Perined DWH.*

Om de opdrachtformulering te kunnen uitvoeren zijn onderstaande deelvragen voor het literatuuronderzoek en empirisch onderzoek opgemaakt:

Hoofdvraag: *Hoe kunnen kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd worden?*

Samengevat:

Onderzoek	Deelvraag ID	Deelvraag	Paragraaf
Literatuur	L1	Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd	2.3
	L2	Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld in relatie tot het Perined DWH	2.5
	L3	Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en perinatale registratie op de perinatale sterfte	2.7.1
	L4	Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een Strategisch ICT-management perspectief	2.8
	L5	Welke inputformulieren zijn van toepassing op de kraamzorg en hoe worden deze perinatale data verzonden en opgeslagen in het Perined DWH	2.6
	L6	Wat is de gebruikersacceptatie en praktijkervaring met inputformulieren in de perinatale zorg	2.6.2
Empirisch	E1	Wat zijn de verwachtingen van de actoren bij het effect op de kwaliteit van de perinatale zorg als de kraamzorgdata geïntegreerd worden in het Perined DWH?	4.1
	E2	Hoe verhoudt het DCM-ReproQ2 zich tot SSF-data?	5.1
	E3	In welke mate voldoet het DCM-ReproQ2 aan de randvoorwaarden voor kraamzorgdata- integratie in het Perined DWH?	5.3
	E4	Welke datatransmissies m.b.t de eerstelijnszorg zijn niet optimaal en wat zijn de voornaamste prioriteiten voor het aanpakken van de SSF-data met behulp van ICT	4.2
	E5	Welke bestaande inputformulieren zouden een aanvulling kunnen zijn voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH en waarom.	4.1
	E6	Wat is de overlap van bestaande inputformulieren met zowel het DCM-ReproQ2 als de SSF-data?	5.2

Tabel 1 samenvatting hoofdvragen, doelstellingen en deelvragen.

Zie bijlage 1-B voor een toelichting op de deelvragen en bijlage 7 voor antwoorden op de deelvragen (L1 t/m L6).

2 Theoretisch kader

Het literatuuronderzoek kadert de onderzoeksvraag in en vormt de basis voor het empirisch onderzoek (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2012). Hieronder een samenvatting van het literatuuronderzoek.

2.1 Onderzoeksaanpak

Het doel van de literatuurstudie is om een antwoord te krijgen hoe kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd kunnen worden. Daarvoor is het ook van belang om te weten hoe kraamzorgdata nu verzameld worden en in de toekomst verzameld zouden moeten worden.

2.1.1 Fysieke en digitale bibliotheek

Voor dit afstudeeronderzoek is gebruik gemaakt van de digitale bibliotheek van de Open Universiteit (OU). Dit is een wetenschappelijke digitale bibliotheek met abonnementen op andere digitale literatuurbronnen. De zoekmachines gebruikt binnen de digitale bibliotheek van de OU zijn Google Scholar' en 'EBSCO host.

Er is voor het voorbereidend onderzoek geen gebruik gemaakt van een fysieke bibliotheek. Enkele boeken die op de literatuurlijst staan vermeld, zijn wel in eigen beheer gebruikt.

2.1.2 Zoekcriteria en zoektermen

Taalgebied

Wetenschappelijke publicaties zijn veelal in het Engels en de zoekacties lieten 95% meer bruikbare resultaten in het Engels zien dan in het Nederlands. Rapportages die op een Nederlands publiek gericht waren, kwamen in Google met goede zoekresultaten naar boven.

Publicatieperiode

De vroegste verwijzing in het literatuuronderzoek is 2007. In dat jaartal geeft Vos (2007) aan dat de data van de kraamzorg niet digitaal is en niet of nauwelijks wordt overgedragen. Vroegere publicaties zijn om de wetenschappelijke waarde te respecteren niet meegenomen.

Geografisch gebied

Afhankelijk van het onderwerp en zoekwoord is in de eerste instantie uitgegaan van wereldwijde informatie. Voor typisch Nederlands gerelateerde onderwerpen is het geografisch zoekgebied beperkt.

Soort literatuur

Zoals in de eisen van de voorbereiding afstudeeropdracht staat mogen alleen peer reviewde artikelen gebruikt worden die gepubliceerd zijn in journalen, proceedings of proefschriften.

Zoektermen:

Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
<ul style="list-style-type: none">• Perinatale zorg• Kraamzorg Nederland• Kraamzorg Nederland model• Monitoren kraamzorg• Methodologie kraamzorg• Methodologie kraamzorg monitoren• DWH kraamzorg• Data ware house kraamzorg• Strategisch ICT management	<ul style="list-style-type: none">• Perinatal care• Maternity care Netherlands• Netherlands maternity care model• Monitoring maternity care• Methodology maternity care• Monitoring maternity care methodology• DWH maternity care• Data ware house maternity care• Strategic ICT management

2.1.3 De literatuurkeuze

Het zoekproces resulteerde in een enorme lijst met artikelen. Om de lijst bruikbaar te maken voor het literatuuronderzoek is een selectie gemaakt op basis van de criteria van (Saunders et al., 2009):

- De onderzoeksvragen en doelen in de literatuur moeten zo veel mogelijk overeenkomen met de onderzoeksvragen en doelen van het literatuuronderzoek;
- De publicatiedata moeten recent zijn;
- De gevonden literatuur moet passen in de context van het literatuuronderzoek;
- Zijn er referenties naar de artikelen en zijn deze bruikbaar;
- Het is met betrekking tot het item zinvol om bij zowel bij het ondersteunen als het tegenspreken van argumenten het artikel te lezen.

De gebruikte literatuur staat in de referentielijst

2.2 Uitvoering

Startpunt voor het zoekproces is W. Goossen die een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de basis voor de clinical data warehouse (CDWH) bij Perined. Dat is een DWH waarin zorgdata uit bronsystemen worden verzameld (W. T. F. Goossen & Dille, 2013). Het Perined DWH is gebaseerd op deze CDWH. Een andere belangrijke bron vormde een document van de hand van Vos (2007). Hij concludeert dat de kraamzorgdata hoofdzakelijk schriftelijk worden vastgelegd in plaats van digitaal. Ook deze informatie is gebruikt in het literatuuronderzoek. Dit resulteerde in de uitgangspunten van het verdere zoekproces en de vraagstelling. Aan de hand van de zoektermen zijn veel resultaten gevonden over de perinatale zorg. Dit is in een logboek bijgehouden om relevante informatie snel terug te kunnen vinden. In totaal zijn 22 van de 86 gevonden referenties gebruikt voor het literatuuronderzoek.

2.3 Organisatie van de Nederlandse perinatale zorg

De perinatale zorg in Nederland is onderverdeeld in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg (paragraaf 1.2). Perined verzamelt perinatale data uit bronsystemen. Deze bronsystemen worden geleverd door de verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen. Instrumenten voor het verzamelen van de perinatale data zijn perinatale registraties en audits. Uiteindelijk worden deze perinatale gegevens opgeslagen in het Perined datawarehouse (DWH) en gebruikt voor analyses, statistiek, benchmarking, kwaliteitsindicatoren en wetenschappelijk onderzoek.

Perinatale registratie:

De data omtrent de Perinatale Registratie zijn afkomstig van vijf beroepsgroepen die zich bezighouden met geboortezorg (KNOV, 2015): (1) Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV); (2) Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) waaronder ook de verloskundig actieve huisartsen verenigd in de (VVAH); (3) Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG); (4) Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en (5) Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP). De Kraamzorg zit hier niet bij omdat de kraamzorgdata (nog) niet worden betrokken bij de perinatale registratie. Met een betrokkenheid van 90% bij alle bevallingen kan juist deze kraamzorgdata een belangrijke toegevoegde waarde hebben voor de kwaliteit van de perinatale zorg (Escuriet et al., 2015).

Perinatale audit:

Perinatale audits worden alleen uitgevoerd als er voor, tijdens of na de geboorte van het kind sprake is van bepaalde aandoeningen of ziektebeelden (morbiditeit) of sterfte (mortaliteit). Perinatale audits worden ingezet om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Dit wordt gedaan door het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV's). In dit verband wordt de casus van sterfte of morbiditeit (ziekte) systematisch geëvalueerd (Perined, 2013).

De perinatale data wordt opgeslagen in een DWH. In de volgende paragraaf (2.4) wordt weergegeven hoe een DWH is opgebouwd.

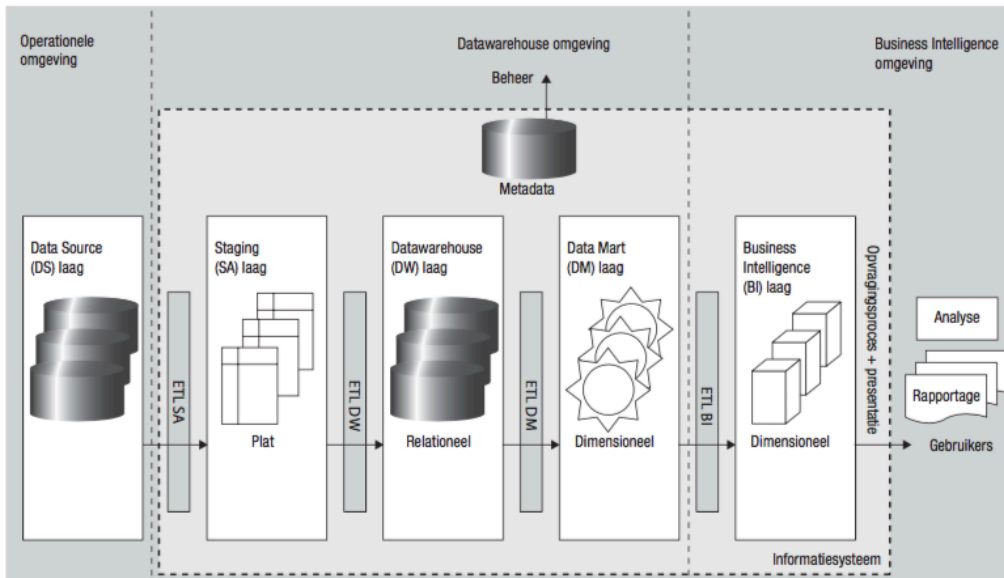
2.4 Het principe van een DWH

Het DWH is een dataverzameling waarbij de data geraadpleegd kunnen worden zonder dat daarbij de bronsystemen belast worden. In afbeelding 1 is te zien dat een datawarehouse ontwerp bestaat uit een operationele, datawarehouse (inclusief metadata) en een business intelligence (BI) omgeving. De bronsystemen bevinden zich in het operationele gedeelte. Hier worden de data geproduceerd, verzameld en opgeslagen in lokale bestanden/databases. In het DWH-omgeving worden de data automatisch opgehaald uit de bronsystemen via het Extract van het *Extract-Transform-Load* (ETL) proces. De complexiteit van het extractproces hangt af van de dataformat die wordt opgehaald uit het bronsysteem. Het extractieproces selecteert de gegevens omdat de bron overvloedige gegevens of gegevens van weinig belang kan bevatten. Daarna wordt bij Transform de opgehaalde data omgezet volgens regels en opzoektabellen. Ook kunnen er bij *Transform* combinaties gemaakt worden van data uit verschillende bronnen. De meest gebruikelijke processen die worden gebruikt voor Transform zijn conversie, wissen van de duplicaten, standaardiseren, filteren, sorteren, vertalen en opzoeken. Maar ook controleren of de gegevensbronnen inconsistent zijn. *Load* is de laatste fase en laadt de geëxtraheerde en getransformeerde data in de staging laag. *Staging* wil zeggen dat de data worden opgeslagen totdat alle ETL-processen zijn verlopen en de data compleet zijn. Niet alle ETL-processen lopen namelijk even snel en soms zal er gewacht moeten worden totdat alle data compleet zijn. Pas als alle data compleet zijn, kunnen de data geladen worden in het DWH. Vervolgens kunnen de data naar keuze worden geselecteerd en opgeslagen worden in een data mart. De data mart is een database met een kleinere hoeveelheid aan gegevens en vaak ingericht voor een specifiek doel.

- Metadata: Het inrichten en modelleren van een datawarehouse kan sterk verschillen en is afhankelijk van het doel waarvoor het gebruik wordt. Het principe van een datawarehouse blijft hetzelfde; verschillende operationele systemen die data verzamelen en deze data overbrengen naar een centraal datawarehouse. Metadata spelen een belangrijke rol bij de opslag van data in het DWH. Metadata zijn eigenlijk data over data of informatie over informatie (NISO, 2004). Dit betekent dat er kennis over de gegevens bijgehouden worden naast het gegeven zelf, het definieert de betekenis van data en dankzij meta data weet een systeem hoe om te gaan met verschillende datatypes. Metadata is volgens NISO onder te verdelen in drie categorieën:

1. Beschrijvend: Identificatie zoals titel, auteur, en het apart identificeren van bronnen.
2. Structureel: Definiëring van de samenhang, het onderwerp waartoe de data behoren en de structuur.
3. Administratief: Deze metadata zegt wat over de autorisatie en permissies. Wie mag de data inzien en wie niet. Ook worden in deze metadata de versienummers bijgehouden. Dit is weer van belang bij het archiveren.

In het BI-gedeelte worden de gegevens uit de data marts gehaald voor de doeleinden afhankelijk van de wensen van de gebruiker. Meeste gebruikelijke toepassingen zijn analyses en rapportages.

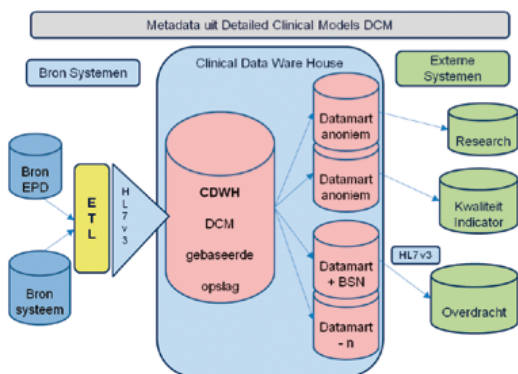


Afbeelding 1 Voorbeeld Datawarehouse-ontwerp (Schipper, 2005)

Het principe van een DWH wordt ook gebruikt bij de CDWH (paragraaf 2.5).

2.5 Het principe van een Clinical Datawarehouse (CDWH)

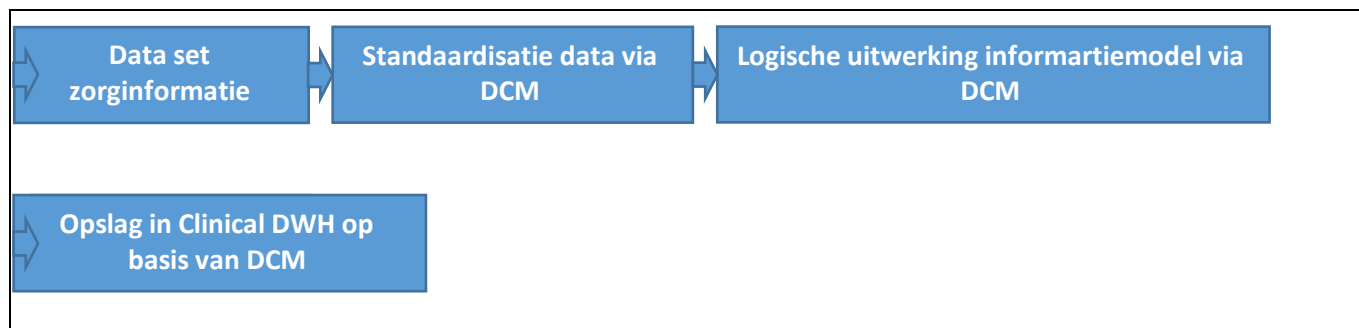
De CDWH (afbeelding 2) is een DWH en kan het best gedefinieerd worden als een gestructureerde - van metadata voorziene - opslag van persoons- en medische gegevens van cliënten, afkomstig uit meerdere bronsystemen die legitiem verwerkt worden in meerdere data marts voor meerdere doeleinden (W. T. F. Goossen & Dille, 2013). Alle data met betrekking tot de perinatale zorg zouden verzameld moeten worden in een CDWH. Het Perined DWH is om deze reden ook opgezet volgens het principe van de CDWH (W. T. F. Goossen & Dille, 2013). Gestructureerde opslag wil zeggen dat de gegevens geschikt zijn voor nadere verwerking en analyse door specificatie van opslag, datatype en unieke code per gegeven. In de DCWH speelt de Detailed Clinical Model (DCM) (schema 1) een belangrijke rol voor het gestructureerd opslaan van de medische data. Meer over het DCM in paragraaf 2.5.1.



Afbeelding 2 CDWH met de extract, transform en load (ETL) procedure vooraf aan de opslag in het CDWH (W. T. F. Goossen & Dille, 2013).

2.5.1 Detailed Clinical Model (DCM) voor het standaardiseren en structureren van zorgdata

In de gezondheidszorg zijn standaarden voor datatransmissie van groot belang. De (DCM) is een goede manier om zorgdata te standaardiseren en te structureren. In een DCM wordt zorginformatie over een bepaald onderwerp gedefinieerd. Alle componenten die met een bepaald onderwerp samenhangen worden in het DCM beschreven. Om de perinatale data in de CDWH te krijgen worden deze uitgewerkt in het DCM en daarna gestructureerd in een informatiemodel. Daarna wordt de perinatale data door middel van een Health Level Seven (HL7) bericht naar de CDWH gestuurd. Eenmaal in de CDWH zal de data niet meer aangepast of verwijderd worden (zie schema 1). Meer over HL7 in de paragraaf *datatransmissie* in dit hoofdstuk

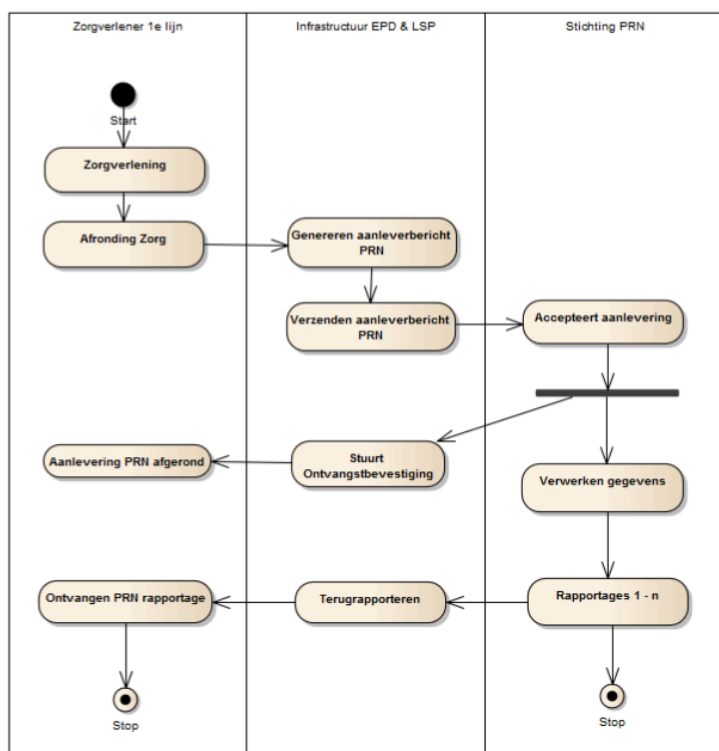


Schema 1 Definiëring zorginformatie in een DCM (Goossen & Dille, 2013)

Om het DCM goed in de context te kunnen plaatsen van de dataverzameling binnen de perinatale zorg is het goed om de borging van de perinatale registratie (afbeelding 3) in de eerstelijnszorg weer te geven. Daarbij is het ook van belang om te zien hoe de gegevens worden gekoppeld worden aan een Elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze wordt afgesloten met het versturen van de kernset PRN naar Perined. De procesbeschrijving voor het aanleveren van de PRN kernset wordt weergegeven in afbeelding 4



Afbeelding 3 Proces perinatale registratie in de eerstelijnszorg. (NICTIZ, 2012)



Afbeelding 4 Procesbeschrijving aanlevering PRN kernset eerstelijnszorg (NICTIZ, 2012).

Uiteindelijk wordt data via een HL7 bericht verstuurd naar de CDWH en opgeslagen met behoud van structuur die is vastgelegd in het DCM en HL7. HL7 speelt een belangrijke rol bij de datatransmissie in de perinatale zorg(HL7 is niet weergegeven in afbeelding 3 en afbeelding 4). Meer over HL7 in paragraaf 2.5.2.

De DCM wordt gebruikt om de antwoorden op de vragen uit het inputformulier (ReproQ2) op een gestructureerde manier in het Perined DWH te krijgen.

2.5.2 Datatransmissie met behulp van HL7

Er wordt naar gestreefd om de dataprotocolen van bronsystemen binnen de perinatale keten zo goed mogelijk op elkaar af te laten stemmen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat als je data met elkaar wilt uitwisselen, er geen verwarring mag ontstaan. Eenheid van taal is dus belangrijk. Dit wordt beschreven in het Perinataal Webbased Dossier (PWD) *Hoofdocument Gegevensuitwisseling in de perinatale keten* (KNOV, 2015). Het doel van het PWD is het uitwisselen van patiëntendata ter verbetering van de perinatale zorgverlening, screening, diagnostiek en voor het aanleveren van perinatale registraties en wetenschappelijk onderzoek (KNOV, 2015). Er is in principe gekozen voor HL7. Dit staat voor Health Level Seven, de wereldwijde standaard voor veilige, elektronische datatransmissie in de zorg. HL7 is in feite een familie van standaarden (HL7, 2016): Het uitwisselformaat voor HL7 berichten is de Extensible Markup Language (XML) zie afbeelding 5. Een voorbeeld van het begin van een HL7 bericht is te zien in afbeelding 6

```
<!-- XML-processor levert: Waarden > 5 mg/l zijn pathologisch -->
<text>Waarden &gt; 5 mg/l zijn pathologisch</text>

<!-- XML-processor levert: Wijkapotheek Leermans & zonen -->
<name>Wijkapotheek Leermans & zonen</name>

<!-- XML-processor levert: 's-Gravenhage -->
<code ... displayName="'s-Gravenhage"/> of
<code ... displayName="'s-Gravenhage"/>

<!-- XML-processor levert: "'s-Gravenhage" -->
<code ... displayName="'s-Gravenhage"/>
```

Afbeelding 5 Voorbeeld XML format, Bron: (HL7, 2016)

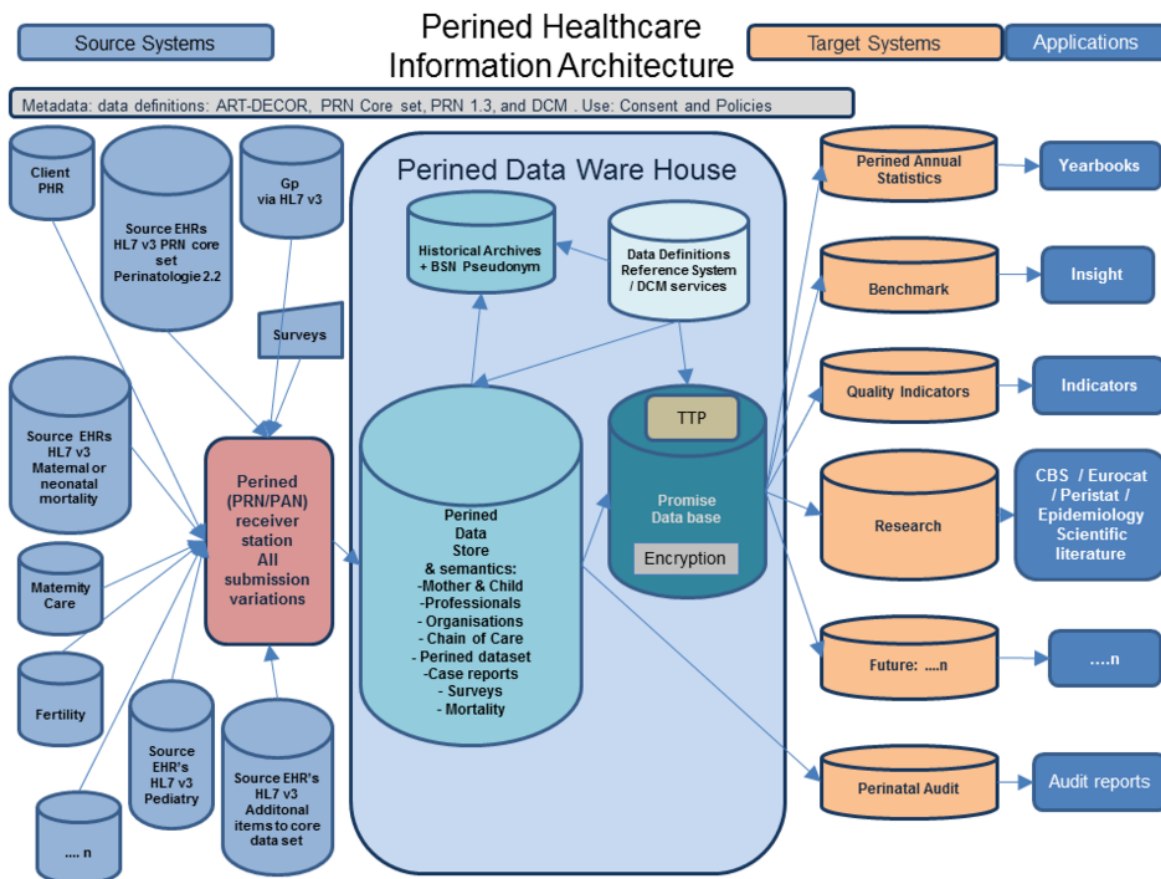
```
<?xml version="1.0"? encoding="utf-8">
<PORX_IN123456 ...
  xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:voc="urn:hl7-org:v3/voc"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <!-- ... HL7 versie 3 bericht inclusief wrappers en payload -->
</PORX_IN123456>
```

Afbeelding 6 Voorbeeld HL7 format, Bron: (HL7, 2016)

In het kort zijn in de voorgaande paragrafen het DWH, CDWH, DCM, HL7 en datatransmissie weergegeven. Paragraaf 2.5.3 geeft weer hoe de samenhang in de Perined Healthcare Information Architecture wordt weergegeven.

2.5.3 Perined Healthcare Information Architecture

De Perined information architecture (afbeelding 7) is voor het grootste gedeelte gebaseerd op de principes van een CDWH (W. Goossen, 2017). De Perined architectuur komt grotendeels overeen met een architectuur van een DWH en is als volgt opgebouwd. Aan de linkerkant zijn de bronsystemen te zien. Hier vindt de datatransmissie plaats van de verschillende bronnen (in vele formats) naar Perined. In het midden staat het Perined DWH. Daar wordt voor elk doeleind de data geëxtraheerd van het DWH en opgeslagen in een data mart (midden rechts). Voor iedere data mart wordt de data opgeslagen in een aparte data tabel van een database en gebruikt voor een specifiek target system en aanverwante applicatie.



Afbeelding 7 Perined Healthcare Information Architecture / DWH architectuur (W. Goossen, 2017)

In de Perined healthcare information architecture staat de kraamzorg (Maternity Care) wel vermeld als bronsysteem maar deze is nog niet in gebruik. Er zijn in Nederland echter wel databases die specifiek data uit de kraamzorg op nationaal niveau opslaan voor onderzoek binnen de kraamzorgbranche. Deze databases zijn in beheer van Zorginstituut Nederland en dienen als bronsystemen voor onderzoek naar kwaliteitsindicatoren:

- Kwaliteitsindicatoren: Openbaar Data Bestand (ODB) van het Zorginstituut Nederland als onderdeel van de Transparantiekalender
- Consumer Quality Index (CQI) is een cliënt-evaluatieformulier (Zorginstituut-Nederland, 2017)

De ODB en CQI worden verder in dit onderzoek nader toegelicht.

In de Healthcare Information system is te zien dat het om medische data gaat. Medische en persoonlijke data moeten goed beveiligd zijn. Dat is een belangrijk issue in het Perined DWH zie 2.5.4.

2.5.4 Beveiliging van persoonlijke data

In het Perined DWH speelt bescherming van persoonlijke data een belangrijke rol. Dit gebeurt conform de Nederlandse wet bescherming Persoonsgegevens (WBP). Een aantal belangrijke aspecten van deze wet zijn: **Transparantie:** De leveranciers van de perinatale data moeten de zwangere vrouwen hebben geïnformeerd welke data er gebruikt worden en waarvoor. Ook moeten de zwangere vrouwen vooraf toestemming hebben gegeven voor het gebruik van de data.

Data Security: Het afschermen van de data voor ongeautoriseerd gebruik is een belangrijk uitgangspunt in de nieuwe Perined Health Information Architecture en is gebaseerd op de ISO 27001 (Managementsystemen voor informatiebeveiliging) certificering.

Ook moet de verwerker (Perined en de Bronsystemen) van de data voldoen aan de nieuwe Europese wetgeving General Data Protection regulation (GDPR). De primaire doelstellingen van de GDPR is om burgers de controle over hun persoonsgegevens te geven. De GDPR is vanaf 25 mei 2018 van kracht en vervangt dan de Richtlijn Gegevensbescherming uit 1995.

2.5.5 Dataopslag in het Perined DWH

De dataopslag in het Perined DWH wordt mogelijk gemaakt door de MGRID-database. Dit is een database die PostgreSQL gebuikt met HL7 v3 medisch terminologie mogelijkheden (W. Goossen, 2017). PostgreSQL is een open source databasesysteem. Door het gebruik van de MGRID Healthcare Data Model (HDM) is het tevens mogelijk verschillende versies van de HL7 standaards te gebruiken. MGRID speelt een belangrijke rol bij de dataopslag omdat alle kenmerken van de HL7 formats inclusief identifiers en Meta Data mee opgeslagen worden. Dit is een voordeel voor gestructureerde opslag en het terugvinden van informatie. Een voorbeeld tuple voor logische op DCM gebaseerde dataopslag is weergegeven in afbeelding 8.

Logical Data Store	Example blood transfusion	Example ethnicity	Example birth weight
Data element ID	10805	10400	40060
Data element name	Blood transfusion?	ethnicGroupCode	Birth Weight
Unique Code	116859006	HL7 Patient CMET	8339-4
Code System	SNOMEDCT	HL7	LOINC
Code System OID	2.16.840.1.113883.6.96	2.16.840.1.113883.2.5	2.16.840.1.113883.6.1
HL7 template OID	None	2.16.840.1.113883.2.4.6.10.90.900033	none
DCM OID	2.16.840.1.113883.2.4.3.22.1.17.18	2.16.840.1.113883.2.4.3.22.1.17.11	2.16.840.1.113883.2.4.3.22.1.17.35
Date/time	2014-09-22T09:59:04	n.a.	2016-08-13T07:54
Data Type	BL	CD	PQ
Value	True	Caucasian	3769
If PQ unit	n.a.	n.a.	g (gram)
If CD / CE value set	n.a.	Code list: EthnicGroup	n.a.
OID value set	n.a.	2.16.840.1.113883.2.4.4.13.28	n.a.
Message format	HL7 v3	HL7 v3 conversion from Perined LVR1	HL7 v3

Data element ID unique identifier coming from Art-Decor peri22-dataelement. HL7 = Health Level 7. OID = Object Identifier. BL = Boolean. DCM OID is object identifier for Detailed Clinical Model. CD = Concept Descriptor, CE = CD as before; with additional characteristic Coded with Equivalents. CMET = Common Message Element Type, an Internal HL7 class representation of the person / patient using its internal unique code. N.a. = not applicable, no relevant example. LVR1 = Landelijke Verloskundige Registratie (Dutch for national midwife registration).

Afbeelding 8 DCM gebaseerde dataopslag (W. Goossen, 2017).

Het Perined DWH was tijdens het schrijven van deze afstudeeropdracht nog niet operationeel en bevindt zich in de testfase. Dit heeft nogal wat voeten in de aarde. Zo moet per Data Mart de data volgens het HL7 v3 protocol foutloos zijn en goed communiceren met de target systemen. Wat wel werkt bij de nieuwe Healthcare Information Architecture zijn het invoeren van de data, extract, transform en load. Ook is de nationale governance structuur klaar. Het complexe registratiesysteem van perinatale data kan echter alleen functioneren als alle stakeholders deelnemen en verantwoordelijk zijn voor hun eigen taken (W. Goossen, 2017).

2.6 Inputformulieren Kraamzorg en Verloskundigenpraktijken

- Kraamzorgorganisaties kunnen variëren van ZZP-ers op regionaal niveau tot grote organisaties die landelijk opereren en in elke provincie actief zijn. Het aantal beschikbare kraamhulpen in organisaties kan dus ook verschillen en varieert van 1 tot meer dan 300 per organisatie (Actiz, 2018).

- Verloskundigenpraktijken zijn veelal organisaties van samenwerkende verloskundigen binnen een duidelijk gedefinieerde regio. Het aantal verloskundigen die hier werkzaam zijn is een stuk lager dan bij de kraamzorgorganisaties. Bij de verloskundigenpraktijken in dit onderzoek werkten tussen de drie en vijf verloskundigen per organisatie (Nivel, 2018).

Tijdens het empirisch onderzoek is door de onderzoeker waargenomen dat bij de onderzochte organisaties in de Nederlandse kraamzorg en verloskundigenpraktijken online en offline inputformulieren zoals questionnaires, enquêtes, evaluatieformulieren en klanttevredenheidsonderzoeken worden gebruikt. Deze inputformulieren dienen meerdere doelen voor in- en extern gebruik (meer hierover bij resultaten H5). Ook hebben deze inputformulieren op dit moment nog geen relatie met de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. Toch is het belangrijk om de gevonden inputformulieren te melden in het belang van het onderzoek.

- Evaluatieformulier van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV.)
- De CQI (Zorginstituut-Nederland, 2017) is een cliënt-evaluatieformulier voor de kraamzorg.
- Evaluatieformulier voor kwaliteitsindicatoren van het Zorginstituut Nederland als onderdeel van de Transparantiekalender.
- Een drietal anonieme online evaluatieformulieren van kraamzorgorganisaties en verloskundigenpraktijken.

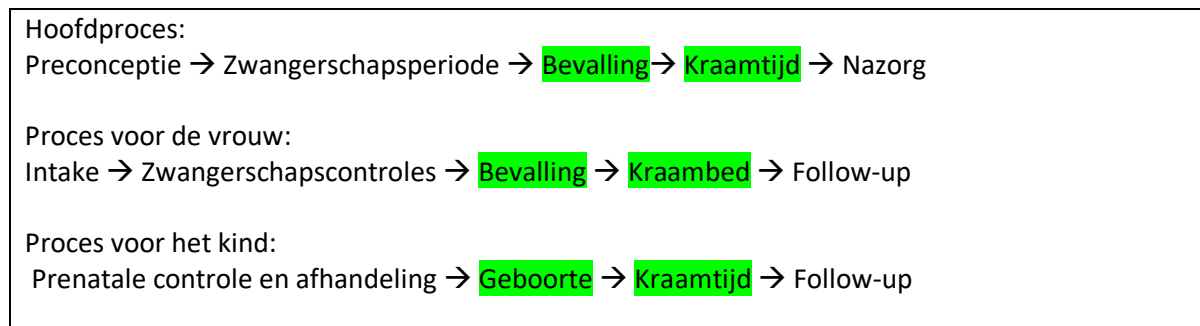
In totaal zijn het zes inputformulieren die niet als doel hebben om kraamzorgdata in het Perined DWH te integreren. Een inputformulier dat wel voor dit doeleind is ontwikkeld is de ReproQuestionnaire2 (ReproQ2) zie 2.6.1.

2.6.1 Inputformulier (ReproQ2) voor de kraamzorg

In het voorgaande is gesproken over het Perined DWH en het opslaan/verzenden van de Perined data. Kraamzorgdata vormen een onderdeel daarvan. Om de periode voor en tijdens de bevalling in kaart te brengen, is input van de cliënten van groot belang. Om deze te monitoren heeft Scheerhagen (2015) de ReproQuestionnaire (ReproQ) ontwikkeld. Scheerhagen wilde de prestatie meten van de kraamzorg gebaseerd op cliëntervaringen. Een dergelijke questionnaire zuiver voor dit doel was er volgens haar nog niet. De prestatie van de kraamzorg wordt primair vanuit de *gezondheid* bepaald met in het bijzonder door de sterfte van moeder en/of kind. De ReproQ bekijkt de kraamzorg vanuit een ander perspectief. Hier wordt gemeten hoe *de cliënten de verleende zorg* ervaren.

Er zijn veel bestaande questionnaires en indicatoren, deze bleken echter niet geschikt voor het doel dat Scheerhagen voor ogen had. De onderzochte questionnaires blijken hoofdzakelijk uit te gaan van procedurele aspecten; te veel focussen op bepaalde processen, monodisciplinaire perspectieven of gaan uit van een specifieke kraamzorgorganisatie (Scheerhagen, van Stel, Birnie, Franx, & Bonsel, 2015). Uiteindelijk bleek het universele responsieve model van World Health Organisation (WHO), dat gebaseerd is op acht domeinen, een goed uitgangspunt te zijn voor een questionnaire. Volgens Scheerhagen komt dat omdat de ReproQ uitgaat van de mate waarin de zorgverlening cliënt-gericht is. Het WHO responsieve model bestaat uit 4 domeinen waarin de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt centraal staat (Respect, Autonomie, Privacy en Communicatie), en 4 domeinen die gaan over de manier waarop de zorg is georganiseerd (Tijd tot hulp, Sociale ondersteuning, Faciliteit kwaliteit, en Keuze en Continuïteit). Met responsief wordt bedoeld dat antwoorden worden omgezet in kwaliteitsscores op de acht domeinen van responsiveness. Door middel van een duale studie heeft Scheerhagen de ReproQ ontwikkeld en gevalideerd. De ReproQ blijkt een goed instrument te zijn om het hiaat in de kraamzorgdata op te lossen. De ReproQ meet de uitvoering van de perinatale zorg/kraamzorg vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door welke organisatie de zorg wordt verleend. Er zijn twee soorten questionnaires: één voor de ervaringen tijdens de zwangerschap en bevalling, en één voor de ervaringen na de bevalling (Scheerhagen et al., 2015).

Het begrip meten zoals het in dit onderzoek gebruikt wordt is het meten van de meningen en ervaringen. Dit wordt gedaan door gebruik te maken van inputformulieren zoals vragenlijsten, questionnaires, enquêtes, etc. De meetmethodiek is een inputformulier en het meten op zich wordt ook wel monitoren genoemd. De ReproQ2 is van toepassing op de kraamzorg omdat deze de kraamperiode behelst. De betrokkenheid van de kraamzorg in de zorgprocessen bij de vrouw, kind en het hoofdproces is weergegeven in afbeelding 6. De groen gearceerde momenten maken deel uit van de kraamzorg en geven aan waar de kraamzorgdata vandaan komen.



Afbeelding 5 Betrokkenheid van de kraamzorg in de perinatale zorg(KNOV, 2015)

Groen = kraamzorg

Voor verder onderzoek komt de ReproQ2 naar mijn mening als beste in aanmerking vanwege reeds uitgevoerd DCM-onderzoek voor implementatie in het Perined DWH. De reden hiervoor is dat de ReproQ2 van toepassing op de hele kraamperiode. Dat wil zeggen de periode tijdens en na de bevalling. Dat is precies de periode die van belang is voor het verzamelen van kraamzorgdata voor het Perined DWH. Niet onbelangrijk is de gebruikersacceptatie van een inputformulier. Dit wordt behandeld in 2.6.2.

Begin 2017 was het plan nog om de ReproQ2 als enige inputformulier te gaan gebruiken voor het monitoren van de kraamzorg. Zorginstituut Nederland kwam echter in juni 2017 met *De nieuwe Indicatorenset Integrale Geboortezorg (Zorginzicht, 2017)*. Hierin wordt aangegeven dat de verloskundige praktijken en kraamzorgorganisaties vrij zijn om een keuze te maken uit de lijst van meetinstrumenten die in de brief staan vermeld. Deze zijn: Lady X, ICHOM Zwangerschap en geboorte, PCQ en Zorgkaart Nederland.

2.6.2 Gebruikersacceptatie en praktijkervaring met de ReproQ in de perinatale zorg

Daar waar onderzoek is gedaan met de ReproQ wordt alleen melding gemaakt van de inputleveranciers in de vorm van de vrouwen (voor en na de bevalling) die het inputformulier met of zonder begeleiding moesten invullen. Inputleveranciers zijn dus niet de partijen die beroepsmatig een relatie hebben met de ReproQ zoals dataleveranciers, en verzekeraars. Het gaat daadwerkelijk om de personen die het inputformulier invullen omdat ze zwanger zijn of net bevallen.

Uit meetonderzoek - dat is uitgevoerd met de ReproQ inputformulieren in zowel de eerste-, tweede- en derdelijnszorg - komt naar voren dat er een grote gebruikersacceptatie is binnen de lage sociaaleconomische en Nederlandssprekende etnische groepen. Ook blijkt dat de ReproQ potentie heeft om onderscheid te maken tussen verschillende ervaringen. Er is echter een verkorte versie nodig om in afwezigheid van de interviewer de questionnaire af te kunnen nemen (Kooy, 2013). Maar ook is duidelijk dat taalbarrières en etnische achtergronden van invloed zijn op de acceptatie.

In een geboortecentrumonderzoek (Akker-van Marle et al., 2016) is de ReproQ deel II gebruikt betreffende de ervaringen rondom de zwangerschap en de weken daarna. In het onderzoek van Akker-van Marle heeft 54,6% van de kraamvrouwen het formulier ingevuld. Hier bleek dat er significante verschillen te duiden waren in vergelijking met bevallende vrouwen in het algemeen. De respondenten van deze vragenlijst hadden namelijk een hogere

sociaal economische status, waren vaker van Nederlandse komaf, startten de baring vaker onder leiding van een verloskundige en ondergingen minder vaak interventies (Akker-van Marle et al., 2016).

Uitkomsten van de gebruikersacceptatie kunnen ook een goede bron zijn voor strategische ICT-management beslissingen gezien nieuwe gebruikerservaringen kunnen leiden tot nieuwe data voor de perinatale zorg. Hiermee kunnen strategische planners dan weer een taxonomie en een zoekstelsel inrichten om voor aangepaste rapporten een planningsproces te maken (Massis, 2016). Maar om de volledigheid van de data na te streven zou ook onderzocht kunnen worden hoe men kan komen tot 100% (van alle kraamvrouwen die het formulier invullen).

2.7 Rol SSF met perinatale sterfte

Substandaard factoren (SSF) is de zorg die niet voldoet aan de professionele eisen voor gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. De SSF, die ook betrekking hebben op de kraamzorg, spelen een rol bij de perinatale sterfte. De SSF hebben een relatie met de invoering van de perinatale audit, perinatale registratie en perinatale sterfte (deelvraag L3).

Bij Perined is op landelijk niveau een redactiecommissie gevormd om onderzoek te doen en te komen tot publicaties en aanbevelingen. Een van deze publicaties is de perinatale audit van *à terme sterfte*¹ 2013 & 2014 (Dijk et al., 2016). In deze publicatie staat een indicatie van mogelijke substandaard factoren (SSF) die een rol spelen bij perinatale sterfte. De indicatie van de SSF-data in deze publicatie zijn geen 'harde' reproduceerbare uitkomsten maar deze geven wel aan hoe vaak SSF-data benoemd worden als mogelijke oorzaak bij sterfte. SSF-data in de zorgcontext hebben meestal betrekking op communicatie en documentatie (zie afbeelding 5) De SSF-data zijn een goede bron voor dit onderzoek als vergelijkingsdata bij analyses van bestaande en nieuwe inputformulieren (zoals de ReproQ2) binnen de kraamzorg.

	2013 n	2014 n	Totaal N
Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons; communicatie tussen zorgverlener en zwangere; communicatie tussen leerling en supervisor; verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen; onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie; telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie; overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst; communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners; communicatie omtrent spoed-status sectio)	26	12	38
Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie; ontbrekende overwegingen bij afwijkend beleid; onduidelijkheid over zorgverlenersgroep verantwoordelijk voor dossiervorming; geen notatie uitkomsten standaard diagnostiek; geen verslaglegging in elektronisch dossier; onvoldoende terugkoppeling naar verwijzende zorgverlener; fouten in genoteerde doseringen/tijdstippen; gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-; onvoldoende notitie voorgeschiedenis zwangere; papieren CTG niet bewaard)	22	14	36
Delay (onderschatting ernst in 1e lijn; probleem bij in gang zetten spoedsectio; zwangere belt laat met klachten; OGTT te laat uitgevoerd; kinderarts niet bereikbaar/aanwezig bij kind met slechte start; reanimatie vertraagd door afwijking protocol)	11	12	23
Onvoldoende diagnostiek (geen groeiecho ondanks afspraak zorgpad; geen drugtest; gebrekkige diagnostiek bij post-mortem onderzoek; zwangere weigert verdere diagnostiek)	7	5	12
Gebrekkig post-mortem/pathologisch onderzoek (niet insturen placenta; foute preparatie navelstreng; niet aanbieden MRI na weigeren obductie; geen post-partum chromosomaal onderzoek; placenta komt niet aan bij lab)	3	5	8
Drukke; te weinig personeel (niet uitvoeren/beoordelen CTG; geen actie op controles; communicatieproblemen; gecompliceerde bevalling ten onrechte thuis wegens volzette 2e lijn)	2	2	4
Technisch/ logistiek probleem met apparatuur (spullen reanimatie niet overzichtelijk beschikbaar; medium voor sample patholoog niet beschikbaar)	2	1	3
No show/afzegging zonder vervolgactie zorgverlener	2	0	2
Overig (zwangere onttrekt zich aan zorg; zwangere wil niet naar 2e lijn verwezen worden; substandaard thuissituatie zwangere; taalbarrière zwangere; obstetrische historie buitenland onduidelijk; geen/niet snel bloed beschikbaar voor transfusie neonat)	8	7	15

* enkele SSF bevatten erg veel informatie, en zijn in meer dan één categorie (en soms ook als SSF over zorgcontext - in tabel 1) meegeteld

Afbeelding 5 Substandaard factoren in de zorgcontext (Dijk et al., 2016)

¹ *À terme perinatal sterfte* wil zeggen, alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken (Dijk et al., 2016).

In het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS) zijn de audituitkomsten van in totaal 250 sterftecasus uit 2013 en 2014 gerapporteerd (afbeelding 7). In de 124 casus mét SSF benoemen de auditgroepen in totaal 206 SSF (afbeelding 8). Hiervan heeft volgens de auditdeelnemers 9% een (zeer) waarschijnlijke en 19% een mogelijke relatie met de sterfte (afbeelding 9). Van 5% wordt de relatie met de sterfte geclassificeerd als 'onbekend/niet te bepalen/geen consensus' (Dijk et al., 2016).

	2013		2014		Totaal	
	n	%	n	%	N	%
Geen SSF	50	37%	39	34%	89	36%
≥ 1 SSF	68	50%	56	49%	124	50%
1	38		38		76	
2	18		11		29	
3	8		4		12	
4	1		2		3	
≥ 5	3		1		4	
Onvoldoende informatie	17	13%	20	17%	37	15%
Totaal	135	100%	115	100%	250	100%

Afbeelding 6 Aantal SSF per Casus (Dijk et al., 2016).

	2013		2014		Totaal	
	n	%	n	%	N	%
Relatie met sterfte						
geen/onwaarschijnlijk	77	64%	61	71%	138	67%
mogelijk	24	20%	15	17%	39	19%
(zeer) waarschijnlijk	12	10%	7	8%	19	9%
onbekend/niet te bepalen/geen consensus	7	6%	3	3%	10	5%
Totaal	120	100%	86	100%	206	100%

Afbeelding 7 Relatie tussen SSF en perinatale sterfte (Dijk et al., 2016).

2.7.1 Betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid perinatale audit en perinatale registratie

- In 2016 is een perinatale audit *à terme sterfte* 2013 & 2014 gepubliceerd. Hierin wordt beschreven dat de *à terme sterfte* in de periode 2010-2014 met 16% is gedaald. Of deze daling de positie van Nederland met betrekking tot de perinatale sterfte binnen Europa verbetert, is volgens van Dijk niet bekend.
- Ook Eskes concludeert naar aanleiding van een cohortstudie dat perinatale audits mogelijk kunnen bijdragen aan het naar beneden brengen van de perinatale sterfte. Ook merkt Eskes op, doordat niet alle casussen van perinatale sterfte worden geaudit en dat daardoor de bijdrage aan trends in de perinatale sterfte (nog) beperkt is (Eskes et al., 2014).

2.8 Relatie strategisch ICT-management en DWH

De effecten van data-uitbreiding in een DWH kan onderzocht worden vanuit een strategisch ICT-management perspectief. Deze resultaten zouden kunnen leiden tot nieuwe inzichten en beslissingen. Over strategisch ICT-management in relatie tot het DWH is in de literatuur weinig tot niets te vinden. Toch speelt ICT in deze context een grote rol. De perinatale data in het Perined DWH hebben een grote groep actoren met eigen ICT-systemen waarmee de gegevens worden opgeslagen, verwerkt en onderzocht. Deze actoren binnen de perinatale netwerkorganisatie zullen de data uit het DWH ieder op hun eigen manier interpreteren. Net als de ICT-strategieën die hieruit voort zullen vloeien. De organisatie van waaruit dit wordt gefaciliteerd is Perined. Ook houdt Perined de statistieken bij van het aantal gegevensaanvragen, de aanvragers ervan en de onderwerpen (Perined, 2013).

De ICT-strategie is volgens Ward & Peppard (2016) de strategie die investeringen prioriteert naar gelang ze bijdragen aan het applicatie portfolio. Deze prioritering is op basis van de voordelen en de nodige veranderingen om deze te bereiken, zonder hierbij buiten de grenzen van de organisatie te gaan (Ward & Peppard, 2016). De *kostenplaatsen* voor de investeringen (overzicht 1) en immateriële baten (overzicht 2) bij het opzetten van een DWH zijn ondergebracht in onderstaande overzichten op basis van de huidige situatie, vooruitschrijdend inzicht en gegevens uit een kostenmodel van Harm Schipper (Schipper, 2005). De onderstaande gegevens zouden ook

van toepassing kunnen zijn op het Perined DWH. Na cohortstudie zou dan gekeken kunnen worden of er bedrijfsprocesmatig ook effecten zijn waargenomen die een gunstig effect hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg.

Kostenplaats	Omschrijving
Bronsystemen	Kosten voor Inventarisatie bronsystemen met bijbehorende formats waarin de data worden aangeleverd. Zo ook voor de kraamzorgdata.
ETL DWH	Kosten voor ontwikkelen en aanpassen ETL- toepassing.
DWH	Aanschaf Database Software zoals het geval MGRID Healthcare Data Model en aanverwante toepassingen en custom designed aanpassingen.
DCM	Kosten voor het ontwikkelen van DCM's voor verschillende thema's zoals de ReproQ2
Implementatie	Implementatiekosten
Projectmanagement/uitbesteding	Kosten voor projectmanagement en outsourcen werkzaamheden.
Testen	Kosten die gemoeid zijn bij het uitvoeren van testen voor alle implementaties
Analyse & Rapportage	Kosten voor het vastleggen van rapportages en analyses t.b.v. de kwaliteit en verantwoording van de architectuur en specificaties.
Privacy & Security	Kosten die gemaakt moeten worden om beveiliging en privacy van de persoonsgegevens te verantwoorden
Voorlichting en opleiding	Kosten die gemaakt moeten worden om stakeholders en gebruikers voor te lichten c.q. op te leiden over het gebruik en de mogelijkheden van het DWH
Helpdesk	Kosten die gemaakt worden om een helpdeskfunctie te maken voor het DWH
Beheer	Kosten voor het beheer en onderhoud van het DWH en aanverwante hard en software

Overzicht 1 kostenplaatsen voor de investeringen Harm Schipper (Schipper, 2005)

Immateriële Baten
<ul style="list-style-type: none"> Goede afstemming van de bronsystemen op het DWH wat betreft eenduidige HL7 v3 formats (eenheid van taal). Dit maakt dat voor toekomstige bronnen de formats van tevoren gedefinieerd kunnen worden naar HL7 format. Door het DCM en de HL7 v3 formats komen de data goed gestructureerd en daardoor efficiënt en vindbaar in het DWH en Data Marts. Dit kan een positief effect hebben op de implementatie van huidige en toekomstige targetsystemen en aanverwante toepassingen. Door het beter kunnen uitvoeren van analyses met betrekking tot kwaliteitsindicatoren in het DWH kunnen efficiëntietrajecten geïnitieerd worden. Dit kan een gunstig effect hebben op de optimalisatie van bedrijfsprocessen en kwaliteitsverbetering binnen de perinatale zorg.

Overzicht 2 Immateriële baten

In geval van een kraamzorgdata-integratie in een DWH kan men uitgaan van een waardevolle databron voor de perinatale zorg waar strategische planners een taxonomie en een zoekstelsel kunnen inrichten om voor aangepaste rapporten een planningsproces te maken (Massis, 2016). Dat dit gebeurt met het Perined DWH is te zien in de perinatale registratie Nederland, 1999 – 2012 (Perined, 2013). Hier is een duidelijk overzicht van alle onderzoeken die een steentje bijdragen aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Ook wordt aangegeven dat eenheid van taal, eenmalige gegevensvastlegging aan de bron en elektronisch berichtenverkeer nog verder ontwikkeld zullen worden. De kraamzorgdata-integratie is daar een wezenlijk onderdeel van. Aangetoond zal moeten worden wat het effect van deze relatie met strategisch ICT-management zal zijn als de kraamzorgdata beschikbaar zijn voor de grote groep gebruikers van Perined.

2.9 Resultaten en tussenconclusies van het literatuuronderzoek

Deelvraag L1 Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd.

Met dit literatuuronderzoek is goed inzicht gekregen hoe de perinatale zorg in Nederland is georganiseerd in een eerstelijns-, tweedelijns en derdelijnszorg. Ook is duidelijk welke partijen hierbij betrokken zijn en dat de kraamzorgdata zich uitsluitend beperkt tot de eerstelijnszorg.

Deelvraag L2 Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld in relatie tot het Perined DWH.

De Informatie architectuur van het Perined DWH is opgezet volgens het principe van een clinical DWH (W. Goossen, 2017). Dat is een DWH waarin zorgdata uit bronsystemen worden Zorginformatie wordt gestandaardiseerd en gestructureerd opgeslagen in het DWH met behulp van DCM's. In een DCM wordt zorgdata over een bepaald onderwerp gedefinieerd voor een CDWH. Dit is ook de basis waarop kraamzorgdata uit bronsystemen met behulp van een DCM gestructureerd verzonden kunnen worden via het HL7 protocol naar het Perined DWH.

Deelvraag L3 Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en perinatale registratie op de perinatale sterfte.

De perinatale registraties en perinatale audits dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland. Onderzoeken van (Eskes et al., 2014) en Van Dijk (2016) bevestigen dit resultaat. Ook laat het onderzoek *Perinatale audit van à terme sterfte 2013 & 2014* van Van Dijk zien op welke substandaard factoren(SSF) de nadruk ligt bij het verbeteren van de perinatale zorg.

Deelvraag L4 Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een strategisch management perspectief.

Door het beter kunnen uitvoeren van analyses met betrekking tot kwaliteitsindicatoren in het DWH kunnen efficiëntietrajecten geïnitieerd worden. Deze conclusie is gebaseerd op eigen voortschrijdend inzicht. Het kan volgens de onderzoeker een gunstig effect hebben op de optimalisatie van bedrijfsprocessen en kwaliteitsverbetering binnen de perinatale zorg. Een ander aspect is dat door het DCM en de HL7 v3 formats, de data goed gestructureerd in het DWH komen. Dit kan volgens de onderzoeker mogelijk de efficiëntie en vindbaarheid van gegevens in het DWH en Data Marts verhogen. Wat weer een positief effect kan hebben op de implementatie en gebruik van huidige en toekomstige targetsystemen en aanverwante toepassingen.

Deelvraag L5 Welke inputformulieren zijn van toepassing op de kraamzorg en hoe worden deze perinatale data verzonden en opgeslagen in het Perined DWH.

Om de periode voor en tijdens de bevalling in kaart te brengen is input van de cliënten van groot belang. De ReproQ blijkt een goed inputformulier te zijn om de ReproQ-data als kraamzorgdata te monitoren. Het meet de uitvoering van de perinatale zorg/ kraamzorg vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door welke organisatie de zorg wordt verleend.

Alle betrokken partijen proberen de aangeleverde data zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen (eenheid van taal) conform het HL7 protocol. Op deze manier komt de data goed in het Perined DWH. De herkomst van de perinatale data wordt beschreven in het PWD *Hoofddocument Gegevensuitwisseling in de perinatale keten* (KNOV, 2015). De kraamzorgdata zijn hierbij duidelijk afwezig. Ook worden de kraamzorgdata niet meegenomen in de perinatale registraties.

Deelvraag L6 Wat is de gebruikersacceptatie en praktijkervaring met inputformulieren in de perinatale zorg.

De gebruikersacceptatie laat zien dat er behoefte is aan een aangepaste versie die zonder interviewer afgenomen kan worden. Ook is er een grote gebruikersacceptatie is binnen de lage sociaaleconomische en Nederlandssprekende etnische groepen. Wel is duidelijk dat de gebruikersacceptatie over de gehele linie voor alle vrouwen niet gelijk is. Taalbarrières en etnische achtergronden zijn van invloed op de acceptatie. De gebruikersacceptaties kunnen vanuit een strategisch ICT-management perspectief ook nieuwe inzichten geven.

2.10 Vervolgonderzoek

E1. De kraamzorgdata-integratie is mijns inziens van invloed op de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg. Als deze data geïntegreerd worden, zullen ze een extra onderdeel van de perinatale data zijn en meegenomen worden in wetenschappelijke onderzoeken. De perinatale audits en perinatale registraties (deelvraag L3) hebben

al een positieve invloed laten zien op de kwaliteit van de perinatale zorg. Wat de invloed van de kraamzorgdata is, zou in een cohortstudie onderzocht moeten worden. Om een mogelijke verwachting weer te geven van deze studie en om te zien hoe de actoren dit ervaren, kan deze vraag meegenomen in een interview onder de actoren. De conclusies n.a.v. de antwoorden op deze vraag zouden een bijdrage kunnen leveren om een cohortstudie te doen.

E2. De ReproQ2 komt naar voren als een geschikt inputformulier voor het verzamelen van kraamzorgdata. Deelvraag L3 geeft aan dat er een verband is tussen de SSF-data en de perinatale sterfte. Om te onderzoeken of de vragen in de DCM-ReproQ2 een relatie hebben met de SSF-data kan dat leiden tot nieuwe inzichten om procedures en processen aan te passen.

E3. DE DCM speelt in de informatievoorziening in de perinatale zorg in relatie tot het Perined DWH een belangrijke rol. In het literatuuronderzoek (deelvraag L2) is niet onderzocht wat de randvoorwaarden moeten zijn voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. Deze vraag zou onderzocht kunnen worden in een deskresearch en meer inzichtgeven waaraan de data moet voldoen voordat deze geïntegreerd kan worden in het Perined DWH. Dit is ook belangrijk voor toekomstige data-integraties met andere inputformulieren dan de ReproQ2.

E4. Het literatuuronderzoek laat bij deelvraag L4 zien wat theoretisch en volgens de onderzoeker de strategisch ICT-effecten kunnen zijn van kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. Hierin is niet meegenomen hoe de actoren tegen de huidige bedrijfsprocessen aankijken. Door de actoren *aan te laten geven* welke processen niet goed lopen, en of deze in aanmerking komen om m.b.v. ICT te optimaliseren/verbeteren, wordt het strategisch inzicht van de actoren zichtbaar. Ook legt het mogelijke processen bloot die in een nieuw onderzoek nader onderzocht kunnen worden.

E5. In de literatuurstudie (deelvraag L5) is onderzoek gedaan naar een geschikt inputformulier voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH, de ReproQ2. Hier is niet ingegaan op de inputformulieren die de kraamzorgorganisaties en verloskundige praktijken gebruiken. Een onderzoek naar deze bestaande inputformulieren kan wellicht inputformulieren aan het licht brengen die ook in aanmerking kunnen komen voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

E6. De inputformulieren die bij deelvraag E5 aan bod komen zullen een bepaalde vraagstelling hebben. Dat is in het literatuuronderzoek niet meegenomen. Een deskresearch zal uitsluitend moeten geven in hoeverre deze vragen in de inputformulieren origineel zijn. Door de gevonden inputformulieren te vergelijken met de DCM-ReproQ2 kan aangetoond worden waarin ze verschillen en waarom. Vanwege het belang van de SSF-data (zie deelvraag L3) in dit afstudeeronderzoek is het ook interessant om de gevonden inputformulieren hier mee te vergelijken. Dit kan wellicht tot nieuwe inzichten leiden.

3 Methodologie

3.1 Conceptueel ontwerp

Het onderzoek bestaat uit 2 delen: empirisch onderzoek en deskresearch. De deskresearch zal het eerst uitgevoerd worden omdat dit een bijdrage zal geven aan de interviewvragen. Daarna wordt het empirisch onderzoek uitgevoerd.

3.1.1 Doel deskresearch

Het doel van de deskresearch is om informatie te verzamelen die na analyse mogelijk kunnen bijdragen tot een antwoord op de hoofdvraag (zie paragraaf 1.5) en volgende deelvragen:

- Deelvraag E2 = Deskresearch 1: Hoe verhoudt het DCM-ReproQ2 zich tot SSF-data?

- Deelvraag E6 = Deskresearch 2: Wat is de overlap van bestaande inputformulieren met zowel het DCM-ReproQ2 als de SSF-data?
- Deelvraag E3 = Deskresearch 3: In welke mate voldoet het DCM-ReproQ2 aan de randvoorwaarden voor kraamzorgdata integratie in het Perined DWH? 3.1.4 Benodigde informatie voor de deskresearch.

3.1.2 Benodigde informatie deskresearch

Deskresearch 1: Het DCM van de ReproQ2 is nodig. Het DCM bevat alle vragen van de ReproQ2 maar ook alle coderingen die gelinkt zijn aan de type vragen. Om deze vragen en coderingen inzichtelijk te maken moet het DCM van de ReproQ2 in een spreadsheet gezet worden (bijlage 3). Deze spreadsheet wordt ook voor deskresearch 2 en 3 gebruikt. Ook zijn de SSF-data (bijlage 1A) nodig. De SSF-data (bijlage 1A) zijn verzameld tijdens het literatuuronderzoek en zijn weergegeven als een grote verzameling factoren in het theoretisch kader (paragraaf 2.7).

Deskresearch 2: Hier zijn het DCM van de ReproQ2 (zie deskresearch 1), de SSF-data (bijlage 1A) en de inputformulieren (bijlage 5) nodig.

Deskresearch 3: Hier zijn het DCM van de ReproQ2 (zie deskresearch 1) en de documentatie randvoorwaarden perinatale gegevens Perined DWH (bijlage 6) nodig.

3.1.3 Doel empirisch onderzoek

Het doel van het empirisch onderzoek is om informatie te verzamelen die na analyse mogelijk kunnen bijdragen tot een antwoord op de hoofdvraag (zie paragraaf 1.5) en volgende deelvragen:

- E1: Wat zijn de indicaties van de actoren bij het effect op de kwaliteit van de perinatale zorg als de kraamzorgdata geïntegreerd zal worden in het Perined DWH?
- E4: Welke datatransmissies m.b.t de eerstelijnszorg zijn niet optimaal en wat zijn de voornaamste prioriteiten voor het aanpakken van de SSF-data met behulp van ICT
- E5: Welke bestaande inputformulieren zouden een aanvulling kunnen zijn voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH en waarom.

3.1.4 Benodigde informatie voor het empirisch onderzoek

Voor het empirisch onderzoek is informatie nodig van *leveranciers van kraamzorgdata* om het doel van het empirisch onderzoek (zie 3.1.3) te verwezenlijken. De kraamvrouwen maken geen deel uit van dit onderzoek omdat de afstudeeropdracht met name gericht is op de actoren die te maken hebben met het verzamelen van de kraamzorgdata en niet hoe de kraamzorg ervaren wordt. Er is gekozen voor telefonische interviews aan de hand van een vooropgestelde vragenlijst (zie bijlage 2) omdat gebrek aan tijd een belangrijke rol speelt. De interviewvragen bestaan uit 10 vragen die allen toegelicht moeten worden.

De leveranciers van kraamzorgdata bestaan uit kraamzorgorganisaties (case1) en verloskundigenpraktijken (case2), zie paragraaf 2.6. De opzet is dat er uiteindelijk vier kraamzorgorganisaties en vier verloskundigenpraktijken benaderd worden waarbij een telefonisch interview wordt afgenomen. Daarnaast is Perined meegenomen in de interviewlijst als negende actor.

Om de leveranciers van de kraamzorgdata te interesseren voor het onderzoek waren een aantal zaken van belang om te benadrukken in de telefonische gesprekken:

- Uitleg: wat zijn kraamzorgdata?
- Vertellen dat de kraamzorgdata op dit moment geen deel uitmaken van een database met perinatale data.
- Dat hierdoor fundamentele informatie mist om de perinatale zorg te verbeteren en om excessen en perinatale sterfte te verminderen.

- Dat dit onderzoek er op gericht is hoe de kraamzorgdata-onderdeel kunnen gaan uitmaken van een integraal systeem met alle perinatale data.
- Dat het beantwoorden van de vragenlijst een belangrijk onderdeel is voor het slagen van dit onderzoek.

Opzet

1. Een belijst op basis van internetresearch maken van kraamzorgorganisaties en verloskundigenpraktijken. De voorkeur bij de selectie van de actoren is dat er, indien mogelijk, op vier gradaties qua organisatiegrootte wordt geselecteerd. Dit is om eventueel te bepalen of de grootte van een organisatie effect heeft op de antwoorden.
2. Een informatiemail wordt opgezet waarin de reden en het doel van het onderzoek op een begrijpelijke manier wordt uitgelegd. Een privacyverklaring wordt hier ook aan toegevoegd.
3. De actoren worden telefonisch benaderd aan de hand van de belijst. Tijdens het telefonisch contact wordt het onderzoek uitgelegd. Ook wordt aangegeven wat de duur van het interview zal zijn. Daarna vindt de planning van het interview plaats. Ter voorbereiding wordt de vragenlijst met de informatiemail toegezonden.
4. Het uiteindelijke doel is acht interviewafspraken: vier kraamorganisaties en vier verloskundigenpraktijken.
5. Op het moment van het interview wordt nogmaals uitgelegd wat het doel van het onderzoek is en of er ook vragen zijn. Daarna vindt het interview plaats. De onderzoeker schrijft alle antwoorden zo volledig mogelijk op.
6. De antwoorden worden uitgewerkt en naar de geïnterviewde personen ter correctie gemaild. Indien een reactie terug wordt ontvangen worden deze indien nodig verwerkt.

Interviewvragen

Er is geen bestaand inputformulier in de vorm van een vragenlijst gevonden voor het interview. De verzamelde inputformulieren (paragraaf 2.6) tijdens het onderzoek zijn voor de zwangere en pas bevallen vrouwen. Dit onderzoek richt zich echter specifiek op de verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties. Hierdoor ontstond de noodzaak zelf een vragenlijst op te stellen. Het nadeel hiervan is dat de resultaten niet vergeleken kunnen worden met andere studies.

De vragen (op 2 en 6 na) zijn aan de hand het literatuuronderzoek, theoretisch kader en de deelvragen van het empirisch onderzoek opgesteld. Voor vragen 2 en 6 is een ander traject gevolgd om tot de juiste vraag te komen. De vragen worden hieronder nader toelicht.

Vragen 2 en 6 uit de vragenlijst voor het interview zijn bepaald aan de hand van analyses van de spreadsheet (bijlage 3).

- Voor vraag 2 wordt de SSF-data weergegeven die een relatie hebben met ICT. Door de geïnterviewde persoon drie mogelijkheden te laten kiezen om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren wordt aanspraak gemaakt op het strategisch ICT-inzicht van de geïnterviewde persoon. Antwoorden op deze vraag moeten meer inzicht geven op deelvraag E4

- Vraag 6: in de ReproQ2 komt de vragengroep *Het wisselen van zorgverlener* voor. Deze vragengroep is niet in de andere inputformulieren (bijlage 3) gevonden. Daarnaast heeft de vraag ook een grote verlap met de SSF-data. Antwoorden op deze vraag moeten meer inzicht geven op deelvraag E1.

3.2 Technisch ontwerp

Door gebrek aan tijd kan het empirisch onderzoek slechts met een vragenlijst van 10 vragen uitgevoerd worden onder vier kraamzorgorganisaties, vier verloskundigenpraktijken en Perined. Daardoor heeft dit onderzoek een beperkte reikwijdte. Zeker als je nagaat dat het aantal kraamzorgorganisaties volgens de Kamer van Koophandel ongeveer 1510 is. Voor de verloskundigenpraktijken zijn dat 2540 verloskundigenpraktijken. Daardoor is dit onderzoek niet representatief voor beroepsgroepen en geeft slechts een indicatie van een kleine doorsnede van deze twee beroepsgroepen.

3.2.1 Methodologische keuze

Tijd is, zoals aangegeven in 3.2, een beperkte factor en vandaar ook dat gekozen is voor een casestudie. In een case studie wordt een bepaald verschijnsel/theorie van deze tijd binnen de context van de dagelijkse praktijk onderzocht (Saunders et al., 2012). Dit wordt ook wel het *wat, wanneer en hoe studie* genoemd (Yin, 2003). Het empirisch onderzoek zal bestaan uit twee cases. Een meervoudige is goed geschikt om te bepalen of de resultaten van de verschillende cases met elkaar overeenkomen en daardoor gegeneraliseerd kunnen worden (Saunders et al., 2012). Hoe meer cases gebruikt worden om een theorie te bevestigen of te weerleggen, des te robuuster wordt de uitkomst van het onderzoek (Rowley, 2002). Dit generaliseren is echter een kritiek onderdeel vanwege de beperkte reikwijdte van het onderzoek en zal nader toegelicht worden in paragraaf 3.4.

De cases zullen zijn:

- Case 1 kraamzorgorganisaties
- Case 2 verloskundigenpraktijken

3.2.2 Onderzoeksaanpak

Case 1

De kraamzorgorganisaties en werkzame medewerkers zijn beschreven in paragraaf 2.6. De selectie van de kraamzorgorganisatie die geïnterviewd gaan worden zijn weergegeven in tabel 2.

	Case 1 Kraamzorgorganisaties			
	I	II	III	IV
Grootte*	Middel	Klein	Groot	Middel

Tabel 2 Actoren kraamzorgorganisaties en grootte

* Voor de kraamzorgorganisatie een dekingsgebied voor de regio Noord-Holland gedefinieerd als klein. De 'middel organisaties' hebben maximaal 3 provincies. De organisatie met meer dan 3 provincies is gedefinieerd als groot.

Voor deze case is de input van de kraamzorgorganisaties nodig. Hiervoor is een vragenlijst (zie bijlage 2) opgesteld die tijdens het interview gebruikt wordt. Vragen uit de vragenlijst voor de kraamzorg zijn: 1, 3, 4, 5, 6 en 10.

Case 2

De verloskundigenpraktijken en werkzame medewerkers zijn beschreven in paragraaf 2.6. De selectie van de kraamzorgorganisatie die geïnterviewd gaan worden zijn weergegeven in tabel 3.

	Case 2 Verloskundigenpraktijken			
	I	II	III	IV
Aantal verloskundigen**	3	3	3	4

Tabel 3 Actoren verloskundigenpraktijken en grootte

** De verloskundigenpraktijken zijn allen ongeveer even groot. Er werken 3 tot 4 verloskundigen per verloskundigenpraktijk.

Voor deze case is de input van de verloskundigenpraktijken nodig. Hiervoor is een vragenlijst (zie bijlage 2) opgesteld die tijdens het interview gebruikt wordt. Vragen uit de vragenlijst voor de verloskundigenpraktijken zijn:

1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10.

Perined

Daar waar mogelijk, worden ook vragen uit de vragenlijst gesteld aan een respondent van Perined. Echter sommige vragen zijn beroepsmatig niet relevant voor Perined. Ook is er vanuit Perined was maar een persoon beschikbaar voor het afstudeeronderzoek. Zodoende is ervoor gekozen Perined niet als derde case te maken maar als extra referentie.

3.3 Gegevensanalyse

Alle antwoorden op de interviewvragen worden per geïnterviewde persoon verwerkt in een document (zie bijlage 4) en gecategoriseerd (zie bijlage 2). Om de juistheid van de gegevens te checken worden de antwoorden naar de geïnterviewde persoon gestuurd ter verificatie. Dit moet de juistheid van de gegevens verantwoorden.

De categorisatie wordt gedaan door alle antwoorden per vraag onder te verdelen in passende categorieën en deze te coderen zodat ze goed verwerkt kunnen worden in een grafiek (bijlage 2). De categorisatie komt niet uit de literatuur maar is door de onderzoeker zelf afgeleid door de antwoorden te typeren en in een categorie te plaatsen. Per vraag worden de grafiek en antwoorden geanalyseerd en voorzien van een discussie. De analyse gebeurt kwalitatief omdat bij elke vraag in de vragenlijst een gesloten en open antwoord aan bod komen.

De nadelen van de analysemethode is dat er niet gebruik is gemaakt van een wetenschappelijk verantwoorde vragenlijst. Antwoorden kunnen daardoor niet vergeleken worden met eerder uitgevoerde wetenschappelijke onderzoeken. Bovendien hangt de analyse af van de interpretatie door één onderzoeker.

3.4 Reflectie t.a.v. validiteit, betrouwbaarheid en ethische aspecten

1. Constructvaliditeit :

- a. Case1 en 2: Wat er daadwerkelijk gemeten wordt in dit afstudeeronderzoek is niet genoeg om te weten wat je wilt meten. Hiervoor zijn het aantal vragen te laag. De vragen zouden het onderwerp ook vanuit meerdere richtingen te moeten benaderen. Zo zijn bij deze case de organisaties heterogeen verdeeld (qua grootte) en worden maar vier personen geïnterviewd die zes vragen moeten beantwoorden om een antwoord te krijgen op drie deelvragen. Case 1 en 2 voldoen niet aan de constructvaliditeit
- b. Voor de deskresearch zijn meerdere bronnen gebruikt in de vorm van vragenlijsten, evaluatieformulieren, websites, enquêtes, interne documentatie (PWD) en Perined documentatie om de verschillende inputformulieren aan te tonen. Per deelvraag wordt een methode gebruikt. Voor een goede constructvaliditeit had dat meer moeten zijn.

1. Interne validiteit (meet het onderzoek de ware waarde?):

- a. Case 1: Kraamzorgdata worden nog niet geïntegreerd in het Perined DWH. De case voldoet wel aan de interne validiteit omdat in de literatuur is aangetoond dat een DCM met een CDWH in staat zijn om medische data gestructureerd op te slaan. Het DCM-ReproQ2 uit het theoretisch kader voldoet aan dit principe.
- b. Case 2: De vraagstellingen van de deelvragen zijn indicatief. De immateriële baten die beschreven zijn in paragraaf 2.8 zijn hypothetisch en worden in dit onderzoek niet verder onderzocht. Er zou een cohortstudie uitgevoerd moeten worden om een mogelijke relatie tussen strategische ICT-management en het DWH aan te kunnen tonen.

2. Externe validiteit (hoe generaliseerbaar is het onderzoek?):

- a. Voor case 1 en case 2 geldt: twee cases en negen geïnterviewde personen vormen een onvoldoende wetenschappelijke basis om de onderzoeksresultaten te generaliseren. Het aantal geïnterviewde personen en het aantal onderzochte organisaties is laag. De onderzoeksresultaten zijn echter wel richtinggevend voor vervolgstudies.

3. Betrouwbaarheid: De casestudie moet zodanig goed gedocumenteerd zijn dat de uitkomsten reproduceerbaar zijn (Rowley, 2002).

- a. Perined speelt bij veel vragen een belangrijke bron als referentiekader. Alle vragen die zijn gesteld in het interview en de verwijzingen naar de documentatie zijn nogmaals besproken en uitgevoerd met Perined.

- b. Om tot de juiste vraagstelling, indicaties en conclusies te komen zijn alle gegevens goed gedocumenteerd, opgeslagen en direct te herleiden tot de resultaten.

4. Resultaten empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk zijn de onderzoeksresultaten voor case 1 en case 2 van het empirisch onderzoek weergegeven. Deze resultaten zijn verkregen door middel van interviews.

De vragenlijst die gebruikt is voor de interviews staan in bijlage 2. Voor de gedetailleerde uitwerkingen van de interviews zie bijlagen 2 en 5. De resultaten van Perined worden apart weergegeven in een kader bij de respons op de vragen.

Uitvoering Interviews

- Er hebben zich geen problemen voorgedaan tijdens het onderzoek. Wel was het moeilijk om een interviewafspraken te maken met de organisaties. De originele belijst voor het maken van de afspraken was niet meer bruikbaar omdat veel organisaties een interview weigerden. De interviews zijn op twee na telefonisch uitgevoerd in verband met reistijd en extra kosten. Bij de kraamzorgorganisaties was het extra moeilijk binnen te komen omdat deze hiërarchisch zijn opgebouwd. Een afspraak maken voor een interview was daardoor extra lastig.

- Achteraf zijn de vragen van het interview verdeeld over twee cases omdat de eerste casekeuze niet juist was. De eerste casekeuze was gebaseerd op een foute interpretatie. Later is dit omgezet naar de huidige vorm. Elke case heeft nu specifieke vragen maar toch is er een overlap ontstaan van vier vragen tussen de casussen. Dit is een kritiek punt. Als dit van tevoren beter was georganiseerd in de methodologie had de onderzoeker zeker gekozen voor minimaal 10 specifieke vragen per case.

4.1 Case 1 Kraamzorgorganisaties

De vragen 1, 3, 4, 5, 6 en 10 uit de vragenlijst (bijlage 2) zijn voor case 1 gebruikt.

Vraag 1: *Vindt u dat het integreren van kraamzorgdata middels de ReproQ bij Perined met de reeds bestaande perinatale dataregistratie een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland?*

Resultaten voor vraag 1: Acht van de negen respondenten geven aan dat het integreren van de kraamzorgdata een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Als voornaamste reden voor deze keuze wordt de betrokkenheid van de kraamzorg aangevoerd.

Discussie vraag 1: De betrokkenheid van de kraamzorg wordt direct in relatie gebracht op de kwaliteit van de perinatale zorg. Dan is de vraag of deze betrokkenheid ook is uit te drukken in kraamzorgdata. In een vervolgonderzoek kunnen wellicht deze *betrokkenheidsdata* beter onderzocht worden.

Vraag 3: *Gebruikt u op dit moment de vragenlijst 'Ervaringen met de kraamzorg' CQ-index Kraamzorg?*

Resultaten voor vraag 3: De respondenten geven aan dat het monitoren van kraamzorgdata terecht door de kraamzorg wordt uitgevoerd. Uit het interview blijkt ook dat drie van de vier kraamzorgorganisaties nog steeds de CQI gebruiken. Dit inputformulier wordt echter niet meer vanuit de zorgverzekeraars ondersteund omdat men wacht op de ReproQ.

Discussie vraag 3: Wachten de organisaties alleen op de ReproQ zoals de zorgverzekeraars zeggen of zijn er meerdere mogelijkheden? De *brief van het College Perinatale Zorg* (zie bijlage 8) en de *Indicatorenset integrale geboortezorg* (Zorginzicht, 2017) laten zien dat er meerdere opties zijn om de kraamzorgdata te integreren in een DWH. Een feit is wel dat de kraamzorgorganisaties nu vrij zijn een keuze te maken uit de inputformulieren die genoemd staan in de betreffende brief. Interessant voor een vervolgonderzoek is, welke keuzes met betrekking tot de inputformulieren gemaakt worden door de kraamzorgorganisaties.

Vraag 4: *Gebruikt u ook andere controle-/meetinstrumenten zoals evaluatieformulieren?*

Resultaten voor vraag 4: Alle respondenten gebruiken ook andere inputformulieren zoals evaluatieformulieren, enquêtes en kwaliteitsindicatoren. Perined geeft tijdens het interview (zie bijlage 4) aan dat de website *Zwangerwijzer.nl* eigendom is van Stichting Erfocentrum en Erasmus MC maar binnenkort door Perined wordt overgenomen. Met het inputformulier op *Zwangerwijzer.nl* kan je testen of er risico's zijn voor de zwangerschap en de baby.

Uit Bijlage 3 is op te maken dat de vraagstelling van de bestaande evaluatieformulieren bij de kraamzorg en de CQI zeer specifiek zijn. De specificiteit hiervan wordt nader toegelicht in paragraaf 5.2.3

Discussie vraag 4: De vraagstelling in de gebruikte inputformulieren binnen de kraamzorg zijn specifiek voor deze beroepsgroep. Ook heeft men veel vrijheid om inputformulieren te ontwikkelen en gebruiken. Dit onderzoek onder een klein aantal actoren laat al een grote variatie zien. Belangrijk is dat men graag wil meten hoe er over de dienstverlening wordt gedacht. Hoe dat vervolgens gemeten wordt, is niet meegenomen in dit onderzoek.

Vraag 5: *De kwaliteitsmeting in de kraamzorg gebeurt periodiek. De verzamelde gegevens komen in een Openbaar Data Bestand (ODB)(zie paragraaf 5.2.3.4) maar niet bij Perined in de database. Zou een koppeling van deze data met de perinatale database van Perined een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg?*

Resultaten voor vraag 5: Alle respondenten zien het als een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg als het ODB toegevoegd wordt aan het Perined DWH. Het belang van de integrale geboortezorg wordt door drie van de vier respondenten aangedragen als voornaamste reden.

Uit het interview met Perined (bijlage 4) blijkt dat er mogelijkheden zijn om bestaande inputformulieren te integreren met het Perined DWH. Perined staat open voor de discussie om andere vormen van standaard inputformulieren te integreren als dat een relevante wetenschappelijke bijdrage kan leveren aan het Perined DWH.

Discussie vraag 5: De kraamzorgorganisaties zien het belang in van hun data als bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Eén kraamzorgorganisatie merkt op dat niet alle vragen relevant zijn voor de kraamzorg. Dit is wellicht een punt dat in een vervolgonderzoek om meer aandacht vraagt.

Vraag 6: *Vragen over 'Het wisselen van zorgverlener' is een relatief nieuw onderdeel in onderdeel in de ReproQ2. Wat vindt u van deze vragentoevoeging in relatie tot de kwaliteit van de perinatale zorg?*

- | | |
|----|---|
| a. | Was bij wisseling van zorgverlener uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie? |
| b. | Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie? |
| c. | Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde? |
| d. | Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg? |

Resultaten voor vraag 6: Alle respondenten geven aan dat de toevoeging van deze vraag een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Een bijzondere opmerking over deze nieuwe vragengroep kwam van Perined; Het is de keuzevrijheid van de cliënt. Met andere woorden; de keuzevrijheid kan dus verstrekkende gevolgen hebben gezien de match met de SSF's.

Discussie vraag 6: Uit de analyse van het DCM aan de hand van de verzamelde documentatie en de SSF werd duidelijk dat er een significante overlap was met de SSF-data en de vragengroep *Het wisselen van zorgverlener*. De totale overlap is dat 24 SSF's overeenkomen met deze vragengroep. Ook komt de vragengroep niet voor in inputformulieren (zie paragraaf 2.6 en bijlage 5) voor. Het belang van communicatie en de verificatie van de gegevens wordt ook door 50% van de respondenten als reden gezien dat dit een belangrijke toevoeging is. *Het wisselen van zorgverlener* staat dus niet op zichzelf.

Vraag 10: *Er zijn meerdere apps te verkrijgen voor informatie en meetinstrumenten rondom zwangerschap en geboorte. Gebruiken u of uw cliënten deze apps?*

Resultaten voor vraag 10: Deze apps wordt door niemand van de respondenten actief, bijvoorbeeld via de eigen websites, in eigen beheer aan hun cliënten aangeboden. Perined gaf bijvoorbeeld aan de app *Geboortegewicht percentielen* ontwikkeld te hebben. Deze app is vrij te verkrijgen op de app store maar geen van de respondenten heeft hieraan gerefereerd. Wel verwijzen respondenten hun cliënten door naar bepaalde apps van derde partijen.

Discussie vraag 10: De respondenten bieden zelf geen apps aan om data te verzamelen. Wel worden de cliënten doorverwezen naar een derde partij die deze apps levert. Het is opvallend dat niet doorverwezen wordt naar de app *Geboortegewicht percentielen* van Perined. Met ander woorden: de kraamzorgorganisaties zijn op dit moment zelf geen eigenaar van de data die de apps opleveren. Voor de dataverzameling van Perined is het dus van belang de eigen app beter onder de aandacht te brengen van de kraamzorgorganisaties.

4.2 Case 2 Verloskundigenpraktijken

De vragen 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10. uit de vragenlijst (bijlage 2) zijn voor case 2 gebruikt.

Vraag 2: Gegeven zijn de ‘mogelijke factoren of verzameling van factoren (SSF)’ die hebben geleid tot doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken:

- A. Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons;
- B. Overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst;
- C. Communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners;
- D. Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie;
- E. Geen verslaglegging in elektronisch dossier;
- F. Gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-;
- G. Geen actie op controles; communicatieprobleem- men;

Als u er drie zou mogen selecteren om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren, welke zou u dan kiezen?

Resultaten vraag 2: Alle respondenten geven aan dat A, C en F de voorkeur genieten om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren. Perined merkt op dat de oplossing voor deze keuzes terug te vinden zijn in integrale geboortezorg. Hier sluiten alle dossiers goed op elkaar aan en zijn gegevens goed terug te vinden. Op basis van autorisatie moet dan toegang tot het elektronisch dossier mogelijk zijn om de informatie in te zien die van belang is. De motivaties van de verloskundigenpraktijken zijn niet eenduidig.

Discussie vraag 2: De keuzes die zijn gebruikt voor de vraagstellingen zijn gebaseerd op de overlap in het DCM-ReproQ2 met de SSF-data in relatie tot ICT. In zeker opzicht lijken de keuzes op elkaar. Dat werd ook aangegeven tijdens het onderzoek. Duidelijk is dat SSF-data *communicatie bij overdracht tussen echelons* en *communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners* een vorm van herkenbaarheid hebben voor de actoren. Ze zijn dan ook door alle actoren gekozen om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren. *Geen verslaggeving in elektronisch dossier* is een zeer goede tweede (door drie respondenten gekozen). Bijzonder is dat de integrale geboortezorg een goede oplossing kan zijn voor dossiers die op elkaar aansluiten en waarbij gegevens goed terug te vinden zijn. De punten die ter verbetering/optimalisatie zijn gekozen door de actoren hebben raakvlakken met integrale geboortezorg zoals Perined dat ook aangeeft. Perined (bijlage 4) geeft dan ook de voorkeur voor integrale geboortezorg.

Vraag 4: Zie paragraaf 4.1 De antwoorden van de verloskundigen laten nagenoeg hetzelfde resultaat zien als de kraamzorgorganisaties.

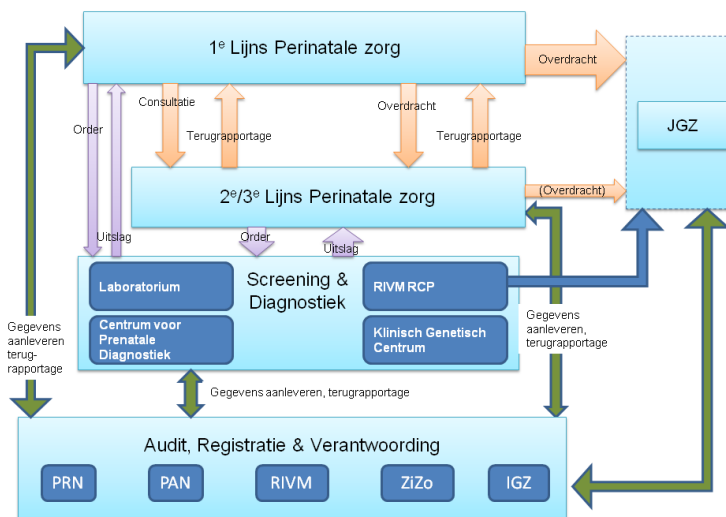
Vraag 6: Zie paragraaf 4.1 De antwoorden van de verloskundige praktijken laten dezelfde trend zien als de kraamzorgorganisaties.

Vraag 7: Hoe vult u het overdrachtsformulier in en stuurt u het op naar het Jeugd Gezondheidszorg (JGZ)? Heeft deze overdracht een kwalitatieve bijdrage aan de perinatale zorg?

Resultaten vraag 7: De respondenten geven aan dat dit door de kraamzorg gedaan wordt. Wel worden er gevoelige onderwerpen soms telefonisch aan de JGZ doorgegeven. Drie respondenten zien de overdracht als een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Perined (bijlage 4) geeft in het interview aan dat de gegevens van de overdracht reeds bekend zijn en niet relevant zijn voor de kwaliteit van de perinatale zorg. Het is een overdracht aan het eind van de perinatale zorg en heeft daar geen invloed meer op.

Discussie vraag 7: De overdracht is aan het eind van de perinatale zorg via een handgeschreven formulier. Dat maakt het voor dit onderzoek niet relevant. Digitaliseren van dit formulier zou een optie zijn. Wellicht is het van belang om de waarde van de overdracht-data in een nieuw onderzoek te betrekken voor de jeugdzorg.

Vraag 8: Kunt u in het kader van de kraamzorgdata-integratie in het onderstaande schema (afbeelding 9) precies aangeven voor welke informatiestroom u verantwoordelijk bent?



Afbeelding 8 Datatransmissie in de perinatale zorgketen. (NICTIZ, 2012)

Resultaten vraag 8: Alle respondenten konden duidelijk aangeven voor welke informatie-uitwisseling in de perinatale zorgketen zij verantwoordelijk waren:

Verantwoordelijkheid

Informatielijn 1: totaal 4 van de 4 respondenten
 Informatielijn 2: totaal 4 van de 4 respondenten
 Informatielijn 3: totaal 4 van de 4 respondenten
 Informatielijn 4: totaal 3 van de 4 respondenten
 Informatielijn 5: totaal 3 van de 4 respondenten

Betekenis informatielijnen

1. Informatielijn 1: Overdracht 1^e lijns Perinatale zorg naar JGZ
2. Informatielijn 2: Overdracht 1^e lijns Perinatale zorg naar 2^e /3^e lijns Perinatale zorg
3. Informatielijn 3: Gegevens aanleveren terugrapportage tussen 1^e lijns Perinatale zorg en Audit, Registratie en Verantwoording
4. Informatielijn 4: Consultatie 1^e lijns Perinatale zorg naar 2^e /3^e lijns Perinatale zorg
5. Informatielijn 5: 1^e lijns Perinatale zorg order naar Screening en Diagnostiek
6. Informatielijn 6: Overdracht 2^e /3^e lijns Perinatale zorg naar JGZ
7. Informatielijn 7: Gegevens aanleveren terugrapportage tussen 2^e /3^e lijns Perinatale zorg en Audit Registratie en Verantwoording.

Discussie vraag 8: Uit de antwoorden van de respondenten blijkt dat de verantwoordelijkheden voor de datatransmissie in de perinatale zorgketen overeenkomen. Deze vraag was in feite om te checken of men inzicht heeft in de eigen verantwoordelijkheid omtrent datatransmissie. Hierin zijn geen discrepanties gevonden.

Vraag 9: Welke vorm van informatie-uitwisseling in afbeelding 9 is naar uw mening niet optimaal en zou u verbeterd willen zien als de kraamzorgdata daadwerkelijk geïntegreerd wordt bij Perined?

Resultaten vraag 9: Drie van de vier respondenten geven aan dat de terugkoppeling van de 2e/3e lijn zorg optimalisatie verdient. Maar ook de overdracht naar de JGZ, die niet digitaal is, zou verbeterd en gedigitaliseerd moeten worden. Daarnaast speelt de interne communicatie parten en is de datatransmissie niet goed. De respondenten geven aan dat voor het vastleggen van de interne communicatie nog geen goede structuur is. Dit wordt veroorzaakt door het complexe karakter van de communicatielijnen.

Discussie vraag 9: Niet elke beroepsgroep heeft dezelfde autoriteit om gegevens te kunnen inzien van patiënten. De kenmerken van de perinatale data zijn gecategoriseerd in de metadata. Hierin is duidelijk de autorisatie van de privacy security en integriteit gewaarborgd. Wil men volgens Perined tot een integraal geboortezorgsysteem komen, dan zal er voor de integriteit en de privacy van de data in de DHW conform de privacywetgeving gehandeld moeten worden. Perined (bijlage 4) geeft aan dat er een grote kwaliteitsslag gaande is, waarbij het gaat om goede en tijdige informatie. Deze vraag geeft aan dat de verloskundigenpraktijken een duidelijk inzicht

hebben in hoe de informatie-uitwisseling loopt en wat ICT-strategisch gezien een verbetering kan geven in de toekomst.

Vraag 10: Zie paragraaf 4.1

5 Resultaten deskresearch

5.1 Deskresearch 1 – Relatie DCM-ReproQ2 met SSF-data

In paragraaf 2.7 wordt het verband tussen de SSF-data en de perinatale sterfte weergegeven. Als de ReproQ2 (paragraaf 2.6.1.) gebruikt wordt voor het verzamelen van kraamzorgdata dan is de vraag of de DCM-ReproQ2 ook alle SSF-data (bijlage 1A) behandelt in de vraagstellingen. Hierover is in de literatuur niets gevonden en wordt in deze paragraaf onderzocht door alle SSF-data te vergelijken met de vragen in de DCM-ReproQ2.

De modelgegevens van het DCM-ReproQ2 zijn in een verzamelmatrix (bijlage 3) verwerkt op basis van relationele verwantschap in de vraagstelling. In tabel 3 is de overeenkomst weergegeven (in aantal) tussen de SSF-data en het DCM-ReproQ2.

Bron	Overlap met DCM	Geen match met DCM	Totaal	% overlap met DCM
SSF	13	27	40	33

Tabel 3 Relatie SSF-data met het DCM-ReproQ2

Discussie: De SSF-data zijn een verzameling aan factoren die in negen groepen zijn verdeeld (paragraaf 2.7 afbeelding 5). Voor dit onderzoek zijn de groepen ontleend in afzonderlijke factoren/oorzaken. Voor elke afzonderlijke factor is gekeken naar een relatie met de vragen uit het DCM-ReproQ2. 33% van de SSF-data hebben een relatie met het DCM-ReproQ2 vragen.

5.2 Deskresearch 2 – Overlap SSF-data met inputformulieren

De kraamzorgdata *leveranciers* maken gebruik van inputformulieren (zie paragraaf 2.6). Deze inputformulieren worden nader omschreven in paragraaf 5.2.3. Van deze inputformulieren is in de literatuur niets gevonden over de overlap met de SSF-data. Om dit te onderzoeken worden de vragen van de verzamelde inputformulieren in een spreadsheet (zie bijlage 3) verwerkt en vergeleken met de SSF-data. Uiteindelijk wordt aan de hand van deze gegevens de overlap bepaald (zie paragraaf 5.2.2).

Om de overlap van de inputformulieren met de SSF-data in een goede context te plaatsen zal eerst de overlap bepaald moeten worden van de inputformulieren met de DCM-ReproQ2 (5.2.1). Van deze overlap is ook nog geen informatie bekend.

5.2.1 Overlap DCM-ReproQ2 met de inputformulieren

De modelgegevens van het DCM-ReproQ2 zijn in een verzamelmatrix (Bijlage 3) verwerkt op basis van relationele verwantschap in de vraagstelling. In de tabel 4 is weergegeven wat de overlap van de vragen uit de verzamelde inputformulieren is met de vraagstellingen in het DCM-ReproQ2.

Bron	Bron match met DCM-ReproQ2	Geen match met DCM-ReproQ2	Totaal	% Bron match met DCM-ReproQ2
DCM-ReproQ2	124	0	124	100
KNOV	31	26	57	25
CQI	32	41	73	26
Ev1	19	11	30	15
Ev2	25	11	36	20
Ev3	15	29	44	12
SSF	27	13	40	21

Tabel 4 Overlap vraagstelling DCM-reproQ2 met inputformulieren

Discussie: De overlap met de vragen in het inputformulier ReproQ2 is voor de KNOV-enquête 25% en voor de CQI 26%. Dit is aan de lage kant maar heeft een reden. De doelstelling van de inputformulieren; CQI, KNOV-enquête, kwaliteitsindicatoren en evaluatieformulieren zijn voornamelijk van belang voor de interne organisatie (kwaliteit) en branchegerichte professionele focus. De ReproQ2 heeft een breder onderzoeksgebied en daardoor ook meer vragen. Dit heeft in het onderzoek ook tot enige tegenstand geleid omdat de hoeveelheid aan vragen de cliënten zou afschrikken. De overlap voor de SSF-data met de ReproQ2 is 21%. De gemiddelde overall match is 19,8%

5.2.2 Overlap inputformulieren met de SSF-data

De SSF-data overlap met de inputformulieren zijn weergegeven in tabel 5. De SSF-data zijn gerelateerd aan communicatie en documentatie. Duidelijk is dat niet alle vragen uit de gebruikte bronnen hier een directe relatie mee hebben. Zo is de SSF-data overlap met het DCM-ReproQ2 en andere bronnen alleen voor de volgende twee groepen. Dit zijn de vragengroepen van het DCM-ReproQ2 (zie bijlage 3).

Groep 1:	Groep2
<ul style="list-style-type: none"> Eerste verloskundige controle Meeste controles 1e helft Meeste controles 2e helft 	<ul style="list-style-type: none"> Adviezen in de dagen na de bevalling Adviezen tijdens de bevalling

Tabel 5 SSF-data overlap met inputformulieren onderverdeeld in twee vragengroepen (DCM-ReproQ2)

Overlap inputformulieren met de SSF-data				
Bron	SSF-data overlap	Geen SSF-data overlap	Totaal	% SSF SSF-data overlap
DCM	27	97	124	21
KNOV	7	51	57	12
CQI	9	59	73	19
Ev1	7	23	30	12
Ev2	9	27	36	25
Ev3	2	42	44	5

Tabel 6 SSF-data match op basis van de vragen uit het DCM

Discussie:

- Het DCM-ReproQ2 heeft in vergelijking met de andere inputformulieren een grote overlap met de SSF-data. Dat komt omdat het DCM-ReproQ2 meer vragen heeft en specifiek is afgestemd op de periode tijdens en na de bevalling. Met de discussie van 5.2.1 geeft de dataset die afkomstig is van het DCM-ReproQ2 de indruk relevant te zijn voor de kraamzorgdata.

- De zeer waarschijnlijke relatie met de SSF-data en de perinatale sterfte was 9% in 2014 (zie paragraaf 2.7 afbeelding 8). Over 40 afzonderlijke SSF-data geeft dat een zeer waarschijnlijke relatie per factor met de perinatale sterfte van 0,23%. Volgens tabel 6 hebben 27 SSF-data geen overlap met het DCM. Dat wil zeggen dat

6,21% van de 9% van de zeer waarschijnlijke relatie met de SSF-data en de perinatale sterfte perinatale niet gedekt wordt door het DCM.

5.2.3 Inventarisatie Inputformulieren

Inputformulieren worden door kraamzorgorganisaties en verloskundige praktijken in verschillende vormen gebruikt (zie paragraaf 2.6). De ReproQ2 (paragraaf 2.6.1) is er hier een van. Vanuit de literatuur kon niet opgemaakt worden wat voor een inputformulieren waarvoor gebruikt worden. In deze paragraaf worden de door deskresearch gevonden inputformulieren nader toegelicht. Deze informatie kan in het empirisch onderzoek gebruikt worden als mogelijke optie voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

5.2.3.1 CQI-index (CQI)

De CQI (Zorginstituut-Nederland, 2017) is een cliënt-evaluatieformulier voor de kraamzorg. De basis van de CQI-inputformulieren is ontwikkeld door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. De vragenlijsten worden handmatig ingevuld of via software. Uiteindelijk worden de data verzameld door Zorginstituut Nederland en gebruikt voor benchmarking, het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De vraagstelling is met name gericht op ervaringen met de kraamzorg en bestaat uit de volgende onderdelen:

- Intake
- Zorg van kraamverzorgende tijdens de bevalling
- Zorg van kraamverzorgende tijdens de kraamperiode
- Samenwerking en afstemming zorg
- Algemeen oordeel
- Over de cliënt zelf

De vragen in de CQI zijn genummerd en als zodanig opgenomen in het overzicht van het DCM ReproQ2.

Discussie: De komst van een nieuw inputformulier, de ReproQ, is van invloed op het huidige gebruik van de CQI. Ten tijde van dit onderzoek is een e-mail ontvangen van een vertegenwoordiger van de Zorgverzekeraars Nederland waarin wordt aangegeven dat er met de CQI tot twee a drie jaar geleden werd gemeten. Nu wordt er op de ReproQ gewacht en worden er vanuit de landelijke verzekeraars geen landelijk benchmark opgesteld. Ook wordt er niet meer landelijk gemeten met de CQI. Deze e-mail is echter vertrouwelijk en om die reden niet toegevoegd als bijlage. Het is vrij gelegen aan de aan de kraamzorginstelling om te bepalen of ze de CQI als inputformulier voor intern gebruik willen blijven gebruiken. Zelfs de benchmarking kan hier nog van toepassing zijn als een kraamzorgorganisatie meerdere locaties heeft.

5.2.3.2 Evaluatieformulieren

Evaluatieformulieren worden door de kraamzorginstellingen en de verloskundigenpraktijken in eigen beheer ontwikkeld. Ze worden gebruikt voor kwaliteitsmeting en tevredenheidsonderzoek. Er zijn in de verschillende evaluatieformulieren duidelijke vormen van overeenkomsten te zien in de vraagstellingen. In het overzicht van het DCM ReproQ2 is dit goed te zien. Zie bijlage 3.

Sommige evaluatieformulieren zijn niet te verkrijgen omdat ze onder het intellectueel eigendom van de betreffende organisaties vallen. Toch zijn er organisaties die de evaluatieformulieren online vrij beschikbaar stellen. Een drietal van deze formulieren zijn anoniem gebruikt in dit onderzoek. Zie bijlagen 5.

Discussie: De evaluatieformulieren vormen een steekproef. De gevonden informatie is te danken aan de beschikbaarheid en vindbaarheid van de formulieren bij de onderzochte doelgroepen. Doordat er veel overeenkomsten zijn tussen de formulieren kan het zijn dat de organisaties gemeenschappelijke informatiedoelen hebben. Ook worden formulieren van andere organisatie gekopieerd of wordt er vanuit de branche een standaardstramien verstrekt.

5.2.3.3 Inputformulier - cliëntenenquête KNOV

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) zijn leden faciliteert met een eigen cliëntenenquête. Deze enquête wordt gebruikt om te vragen wat de cliënten van de zorgverlening vinden en/of wat er verbeterd kan worden.

5.2.3.4 Kraamzorg kwaliteitsindicatoren

De indicatoren die bij deze meting gebruikt worden zijn tot stand gekomen in overleg met zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliëntvertegenwoordigers (Patiënten federatie Nederland) en kraamzorgorganisaties (branchevereniging BO Geboortezorg).

De uitkomsten van de meting worden opgenomen in het Openbaar Data Bestand (ODB) van het Zorginstituut Nederland als onderdeel van de Transparantiekalender. Daarmee voldoen kraamzorgorganisaties aan hun wettelijke plicht om kwaliteitsinformatie transparant te maken. Het Openbaar Data Bestand is te raadplegen via de website van www.zorginzicht.nl (Handboek voor kraamzorgaanbieders, 2016).

Discussie: De kwaliteitsindicatoren bestaan vooral uit tellers en noemers. Bij gebruik van de kraamzorg-kwaliteitsindicatoren is het van belang dat deze op lokaal niveau geïnterpreteerd worden. Bij het gebruik van de data op landelijk niveau kunnen nuances in de metingen een vertekend beeld geven doordat de noemers groter zijn. De afwijkingen per regio worden daardoor ‘verdund’ door het landelijk gemiddelde. Het DCM ReproQ2 heeft geen match met de vraagstellingen in de kraamzorg- kwaliteitsindicatoren.

5.3 Deskresearch 3 - Randvoorwaarden DCM-ReproQ2 voor kraamzorgdata integratie in het Perined DWH

De ReproQ2 (paragraaf 2.6.1) wordt gebruikt om de kraamzorgdata tijdens de kraamperiode te verzamelen. Deze data zijn de antwoorden op de vragen in de ReproQ2. De DCM (paragraaf 2.5.1) wordt gebruikt om deze data op gestructureerde wijze in het Perined DWH te integreren. Het is daarbij van belang dat dit gebeurt conform de randvoorwaarden die gelden voor perinatale data. Tijdens het literatuuronderzoek is dit niet uitgezocht. In deze paragraaf worden gestelde eisen voor perinatale data weergegeven. Ook wordt een analyse van de datatypes en relaties van de DCM-ReproQ2 gemaakt. Hierbij wordt gekeken naar data die reeds eerder is ingevoerd (dubbele handelingen) en nu opnieuw gedaan moet worden, en data waarbij de mogelijkheid bestaat tot het verkeerd invullen.

De randvoorwaarden voor een betrouwbare dataverzameling die gekoppeld is aan de patiënt zijn:

- Format HL7
- BSN-invoer en controle (paragraaf 2.5.1 afbeelding 3)
- Aanlevering gegevens conform de Kernset PRN /Dataset Perinatologie 2.2
- De PWD perinatologie 2.2. specificatie te vinden op Art-Decor: <https://decor.nictiz.nl/art-decor/decor-datasets--peri20-> Selecteer Dataset Perinatologie 2.2. Zie Bijlage 6 specificatie aanlevering eerstelijnszorg en tweedelijnszorg naar PRN (Perined, 2014)

Datatypes en relaties

Alle vragen in het DCM zijn gecodeerd volgens een datatype. In totaal zijn alle vragen gecategoriseerd in 6 datatypes (tabel 7):

1. **CD:** Hier moet een keuze gemaakt worden uit een selectie van antwoorden. Vrije interpretatie is hier niet mogelijk
2. **INT:** Hier moet een getal ingevuld worden
3. **ST:** Dit is een geografisch gerelateerde vraag. Dat kan zijn een postcode, plaatsnaam, naam van het ziekenhuis, verloskundigenpraktijk
4. **TS:** Voor het aangeven van een jaar (geboortjaar)
5. **PQ:** Enkele keuze maken bij een schaal van 10
6. **BL:** Keuze maken uit twee mogelijkheden Ja of Nee.

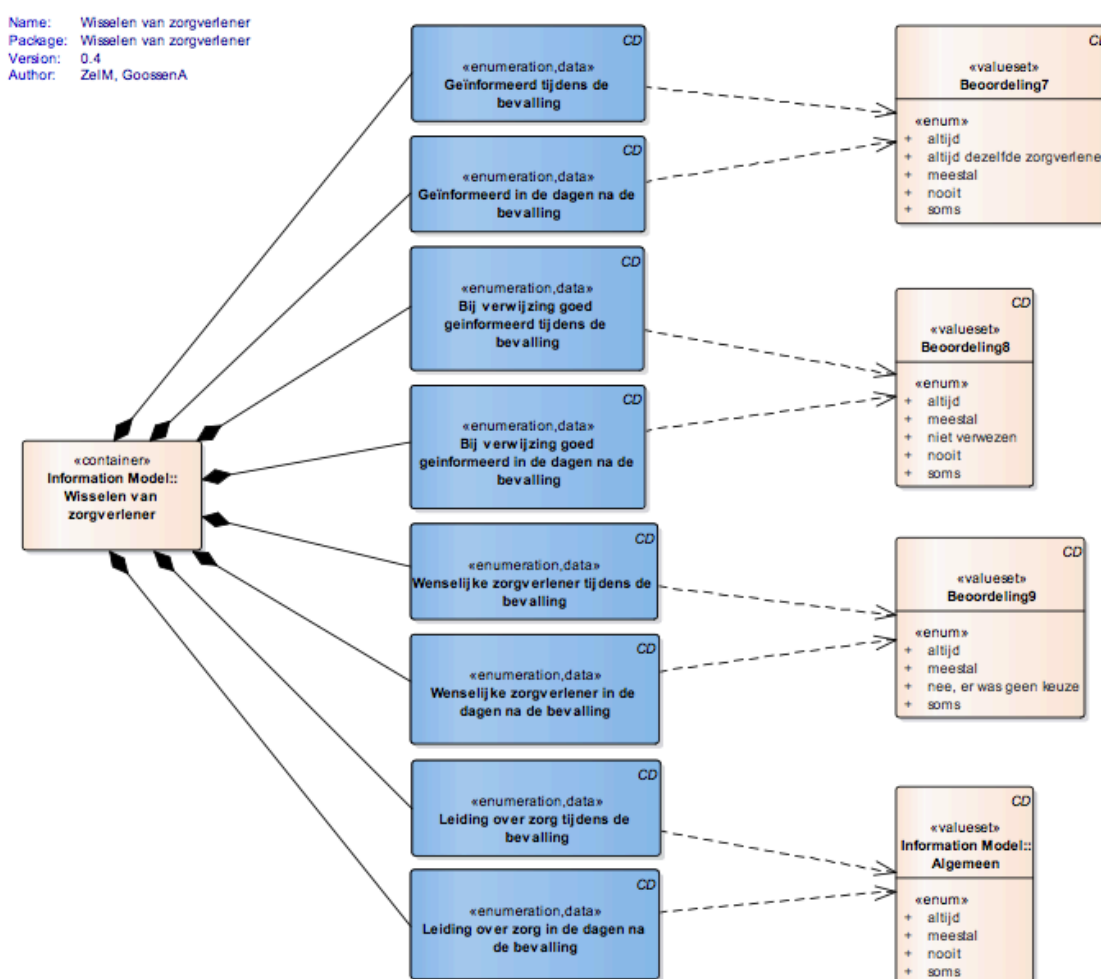
Datatype	Frequentie in DCM
CD	102
INT	3
ST	9
TS	1
PQ	1
BL	8

Tabel 7 Datatypes en relaties

Bij INT, ST en TS bestaat de mogelijkheid tot het niet juist invullen. Dit is mogelijk bij 13 van de 124 vragen. Vragen waarbij men vrije tekst in kan vullen komen in de ReproQ2 niet voor.

Afbeelding 12 is een model voor het *Wisselen van zorgverlener* uit het DCM-ReproQ2. Dit model wordt ook gebruikt bij vraag 6 in de vragenlijst (zie bijlage 2).

6.9 Wisselen van zorgverlener



Afbeelding 12 Wisselen van zorgverlener. Bron: Results4Care BV

Discussie: Bij het vergelijken van de randvoorwaarden van de Perinatale data voor het Perined DWH valt op dat de gegevens van de persoonlijke data zoals naam, etniciteit en opleiding wederom op de ReproQ ingevuld

moeten worden. Deze gegevens zijn als de cliënt al in de 'perinatale molen' zit bekend (verloskundigenpraktijken of tweede-/derdelijnszorg). Het kan zijn, omdat het een papieren versie betreft, men de kans op fouten met betrekking tot de identiteit van de cliënt wil voorkomen. Een onlineversie de ReproQ2 die gekoppeld is aan de perinatale data van de inputleverancier hoeft deze vragen in principe niet meer te stelen.

De randvoorwaarden en uitleg met betrekking tot de data voor een betrouwbare Perined DWH zijn weergegeven en onderbouwd (zie bijlage 6). Deze gelden ook voor het DCM van de ReproQ2.

Tabel 7 datatypes en relaties: Bij INT, ST en TS bestaat de mogelijkheid tot het niet juist invullen. Dit is dus mogelijk in 13 van de 124 vragen. Vragen waarbij men vrije tekst in kan vullen komen in de Reproq2 niet voor. Afbeelding 12 is het model in het DCM. Dit model wordt gebruikt bij vraag 6 (zie bijlage 2).

6 Discussie, conclusie, aanbevelingen en reflectie

6.1 Discussie

De resultaten van het empirisch onderzoek zijn niet voldoende representatief om te kunnen generaliseren. Het aantal respondenten per case is met vier aan de lage kant en het aantal vragen was door een verandering in de onderzoekopzet gereduceerd. Hierdoor is er bij twee casussen een overlap van vier vragen ontstaan. Per case hadden dit zeker 10 unieke open vragen moeten zijn. Wel kan uit de gegevens een aantal nuttige conclusies worden getrokken.

Door het niet meer ondersteunen van het cliënt-evaluatieformulier (CQI) voor de kraamzorg door de zorgverzekeraars is een situatie ontstaan waarbij men binnen de kraamzorg wacht op de ReproQ2 als vervanger. Voor de ReproQ2 is een DCM nodig om de perinatale data gestructureerd in het Perined DWH te krijgen. Deze was tijdens dit onderzoek nog in de ontwikkelfase. De ReproQ2 zal echter niet de enige optie zijn als inputformulier voor perinatale data. Het Zorginstituut Nederland geeft de verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties de vrijheid om te kiezen uit meerdere opties. Niet bekend is of deze opties een DCM hebben en direct gebruikt kunnen worden voor gestructureerde kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. *De nieuwe Indicatorenset Integrale Geboortezorg* (Zorginzicht, 2017) van Zorginstituut Nederland heeft dit onderzoek net gekruist omdat de onderzoeker deze pas na het afronden van zijn empirisch onderzoek tegenkwam. Daar waar mogelijk wordt is er wel melding van gemaakt in het afstudeeronderzoek.

Empirisch onderzoek Case 1 Kraamzorg

Een effect van nieuwe inputformulieren binnen de kraamzorg is dat bestaande inputformulieren voor het vastleggen van klantenervaringen en indicatoren in principe ook geïntegreerd zouden kunnen worden in het Perined DWH. De respondenten in het afstudeeronderzoek hebben daarbij op *Kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg* als inputformulier positief gereageerd. Perined staat ook open voor de discussie om andere vormen van standaard inputformulieren te integreren als dat een relevante wetenschappelijke bijdrage kan leveren aan het Perined DWH.

De keuzevrijheid van de cliënt zou gevolgen kunnen hebben op de gezondheidssituatie van het kind gezien de overlap met de SSF-data, zo blijkt uit de toevoeging van een nieuwe vraag aan het DCM-ReproQ2; *Het wisselen van zorgverlener*. De respondenten geven als argumenten dat het belang van communicatie en de verificatie van gegevens een goede reden zijn dat deze nieuwe vraag een belangrijke toevoeging is.

Reeds bestaande periodieke kwaliteitsmetingen binnen de kraamzorg komen in een openbaar bestand (OBD). Mocht het OBD toegevoegd worden aan het Perined DWH dan zien alle negen respondenten dit ook als een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. De motivaties verschillen echter wel. Het belang van de integrale geboortezorg is bij de actoren de voornaamste reden.

De respondenten in het onderzoek geven een positieve verwachting over de bijdrage van een nieuw inputformulier voor het verzamelen van de kraamzorgdata. Daarbij zien alle respondenten het belang in van de bijdrage van de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH op de kwaliteit van de perinatale zorg. De voornaamste reden hiervoor is de betrokkenheid van de kraamzorg.

De vraagstelling in inputformulieren binnen de kraamzorg is specifiek voor deze beroepsgroep. In de resultaten van de interviews is te zien dat men veel vrijheid heeft om inputformulieren te ontwikkelen en gebruiken. Belangrijk doel van de inputformulieren is vaak dat men wil weten hoe er over de dienstverlening van de kraamzorg wordt gedacht.

Communicatie bij overdracht tussen echalons en communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners zijn SSF-data die een vorm van herkenbaarheid hebben voor de actoren tijdens het interview. Ze zijn dan ook door alle respondenten gekozen om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren. *Geen verslaggeving in elektronisch dossier* is een zeer goede tweede met 75% van de actoren. De punten die ter verbetering/optimalisatie zijn gekozen door de respondenten hebben raakvlakken met integrale geboortezorg zoals Perined dat ook aangeeft. Perined geeft dan ook de voorkeur voor integrale geboortezorg.

Uit de antwoorden van de verloskundigenpraktijken blijkt dat de verantwoordelijkheden van de verloskundigen voor de datatransmissie in de perinatale zorgketen overeenkomen. Hierin zijn geen discrepanties gevonden.

Bij de respondenten is sprake van bewustzijn als het gaat om strategische ICT-aspecten. De respondenten hebben een duidelijke voorkeur hoe de perinatale zorg aan de hand van ICT geoptimaliseerd kan worden om zo voor voorbereid te zijn op de toekomst. Deze voorkeur bestaat uit goede en tijdige informatie voor zowel intern als extern. Een zorgsysteem waarbij dit geborgd kan zijn is de integrale geboortezorg met elektronische dossiers. Deze dossiers zorgen ervoor dat alle communicatie en autorisatie ICT technisch goed is vastgelegd.

Deskresearch

De randvoorwaarden voor een betrouwbare dataverzameling die gekoppeld is aan de patiënt zijn onderzocht en weergegeven. Deze randvoorwaarden zijn ook van toepassing op het DCM- ReproQ2 en zijn hier ook in opgenomen. Bij het vergelijken van de randvoorwaarden van de Perinatale data voor het Perined DWH valt op dat de gegevens van de persoonlijke data zoals naam, entiteiten, opleiding wederom op de ReproQ ingevuld moeten worden. Deze gegevens zijn als de cliënt al in de 'perinatale molen' zit bekend (verloskundigenpraktijken of tweede-/derdelijnszorg). Een onlineversie de ReproQ2 die gekoppeld is aan de perinatale data van de inputleverancier hoeft deze vragen in principe niet meer te stelen.

De match met de vragen in de ReproQ2 is voor de KNOV-enquête 25% en voor de CQI 26%. Dit is aan de lage kant maar heeft een reden. De doelstelling van de inputformulieren CQI, KNOV-enquête, kwaliteitsindicatoren en evaluatieformulieren zijn voornamelijk van belang voor de interne organisatie (kwaliteit) en branchegerichte professionele focus. Inputformulier ReproQ2 heeft een breder onderzoeksgebied en daardoor ook meer vragen.

De match voor de SSF-data met het DCM-ReproQ2 is 21%. De zeer waarschijnlijke relatie met de SSF-data en de perinatale sterfte was 9% in 2014. De (zeer waarschijnlijke) relatie per factor met de perinatale sterfte is 0,23%. Naar mijn mening geven de SSF-data relevante oorzaken aan voor perinatale sterfte.

67% van de SSF-data worden niet gedekt door het DCM-ReproQ2. De SSF-data zijn gerelateerd aan communicatie en documentatie. Duidelijk is dat niet alle vragen uit de gebruikte bronnen hier een directe relatie mee hebben. Ook bij de SSF-data overlap geldt hetzelfde met de vragen in het DCM-ReproQ2 inputformulier dat de doelstellingen van de gebruikte inputformulieren anders zijn.

Het DCM-ReproQ2 heeft meer vragen en is specifiek afgestemd op de periode tijdens en na de bevalling. Uit de overlap met de andere inputformulieren en de SSF-data geeft de dataset die afkomstig is van het DCM-ReproQ2 de indruk relevant te zijn voor de kraamzorgdata.

6.2 Conclusies

Hoofdvraag - Hoe kunnen kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd worden?

In het theoretisch kader zijn de architectuur en theoretische onderbouwing weergegeven hoe perinatale data gestructureerd geïntegreerd kunnen worden in het Perined DWH. Het empirisch onderzoek toont aan dat er naast de vragenlijst ReproQ2 meerdere mogelijkheden zijn om met inputformulieren kraamzorgdata te verzamelen. Het DCM-ReproQ2 is voor dit onderzoek de basis geweest om aan te tonen hoe kraamzorgdata gestructureerd

geïntegreerd kan worden in het Perined DWH en wat de randvoorwaarden voor medische patiëntengegevens moeten zijn.

Het empirisch onderzoek toont aan dat de vragen in het DCM-ReproQ2 verschillen met de vragen in de onderzochte inputformulieren en dat er een overlap is met probleem veroorzakende factoren (SSF-data). De ReproQ2 wekt de indruk relevant te zijn voor kraamzorgdata.

Voor elk inputformulier zal dan ook een DCM ontwikkeld moeten worden om de data gestructureerd in het Perined DWH te krijgen. Vanaf januari 2018 hebben de verloskundigenpraktijken en kraamzorgorganisaties de keuze om uit meerdere inputformulieren te kunnen kiezen. Het is niet bekend of deze andere inputformulieren ook een DCM hebben waardoor de perinatale data gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd kunnen worden.

Case 1

Deelvraag E1

Acht van de negen actoren in dit onderzoek geven een positieve indicatie over de bijdrage van de kraamzorgdata-integratie aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Dit kan een indicatie zijn hoe de kraamzorgorganisaties en verloskundigenpraktijken in Nederland hierover zouden kunnen denken.

Deelvraag E5

In principe zou de *kwaliteitsindicatoren voor de kraamzorg* (waarvan de data in het OBD komt) volgens de actoren in aanmerking komen als aanvulling voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH. Perined geeft echter ook aan open te staan voor de discussie om andere vormen van standaard inputformulieren te integreren als dat een relevante wetenschappelijke bijdrage kan leveren aan het Perined DWH. Gezien de nieuwe ontwikkelingen voor de nieuwe Indicatoren set Integrale Geboortezorg van Zorginstituut Nederland komen er nog meerdere opties voor inputformulieren waaruit de Kraamzorgorganisaties en Verloskundigenpraktijken uit kunnen kiezen.

Case 2

Deelvraag E4

Aan de hand van afbeelding 9 uit de vragenlijst (afbeelding 1 Bijlage 2) gaven drie van de vier actoren aan dat de terugkoppeling van de 2e/3e lijn zorg optimalisatie niet optimaal is. Maar ook dat de overdracht naar de JGZ niet digitaal is en verbeterd zou moeten worden. De interne communicatie speelt parten in de datatransmissie binnen de perinatale zorg en wordt als niet goed geclassificeerd. Dit wordt verweten door het ontbreken van een goede structuur en het complexe karakter van de communicatielijnen.

Communicatie bij overdracht tussen echalons, communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners en Geen verslaggeving in elektronisch dossier zijn SSF-data-elementen die de voorkeur genieten bij de actoren om met behulp van ICT te verbeterd/geoptimaliseerd te worden. De punten die ter verbetering/optimalisatie zijn gekozen vertonen gelijkenis met integrale geboortezorg zoals Perined dat aangeeft. Dit zou mogelijk in een nieuw onderzoek onderzocht kunnen worden.

Deskresearch

Deelvraag E2

De SSF-data zijn een verzameling aan factoren die in negen groepen zijn verdeeld (paragraaf 2.7 afbeelding 5). Voor dit onderzoek zijn de groepen ontleed in afzonderlijke factoren/oorzaken. Voor elke afzonderlijke factor is gekeken naar een relatie met de vragen uit het DCM-ReproQ2. 33% van de SSF-data hebben een relatie met het DCM-ReproQ2 vragen. Hierbij moet wel vermeld worden dat de SSF-data met name betrekking hebben op documentatie en communicatie.

Deelvraag E3

Onderzocht is wat de randvoorwaarden moeten zijn voor een betrouwbare dataverzameling die gekoppeld is aan de patiënt. Hier is uitgekomen dat de kraamzorgdata die wordt gebruikt voor het DCM-ReproQ2 ook medische data betreffen die zijn gekoppeld aan een patiënt. Deze randvoorwaarden zijn gedefinieerd in de architectuur van het DCM- ReproQ2. Hieruit kan naar mijn mening geconcludeerd worden dat het DCM ReproQ2 voldoet aan de randvoorwaarden voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

Deelvraag E6

De SSF-data zijn gerelateerd aan communicatie en documentatie. Duidelijk is dat niet alle vragen uit de gebruikte bronnen hier een directe relatie mee hebben. Zo is de SSF-data overlap met het DCM-ReproQ2 en andere bronnen alleen voor twee groepen *controles* en *adviezen* (zie tabel 5 paragraaf 5.2.2). Dit zijn de vragengroepen van het DCM-ReproQ2 (zie bijlage 3). De relevantie van de SSF-data ligt naar mijn mening in de relatie met de perinatale sterfte en documentatie/ communicatie. Deze kan per afzonderlijke SSF-data factor weergegeven worden met een zeer waarschijnlijke relatie met de perinatale sterfte van minimaal 0,23%.

Uit de overlap met de inputformulieren, SSF-data en de analyse van de randvoorwaarden geeft DCM-ReproQ2 de indruk relevant te zijn voor de kraamzorgdata. Wel zou de ReproQ2 meer tegemoet kunnen komen met de vraagstelling om tot een grotere overlap met de SSF-data te krijgen.

6.2 Recente ontwikkelingen

Dat het afstudeeronderwerp actueel is blijkt uit de recente ontwikkelingen. Na het afronden en schrijven van deze scriptie kwam het Zorginstituut Nederland 14 juni 2017 met een publicatie. Hierin publiceerden zij de nieuwe Indicatorenset Integrale Geboortezorg (Zorginzicht, 2017). Was eerst de focus op de ReproQ als enig inputformulier voor het meten van de cliëntervaringen. Zo is nu elke verloskundigenpraktijk verplicht vanaf verslagjaar 2018 regionaal systematisch cliëntervaringen te verzamelen met een erkend inputformulier naar keuze (ReproQ, ReproQ in enge zin, Lady X, ICHOM Zwangerschap en geboorte, PCQ en Zorgkaart Nederland). De mogelijkheid bestaat dat VSV-cliëntervaringen op verschillende manieren zullen opsturen. De vraag is dan of dat wel conform de randvoorwaarden van het DCM voor het Perined DWH zal zijn. Dat zal nog onderzocht moeten worden. Het College Perinatale zorg 19 mei 2017 heeft een brief geschreven naar het Zorginstituut Nederland (Zie Bijlage 8). Hierin staan een aantal argumenten waarom de VSV's allemaal dezelfde instrumenten zouden moeten gebruiken voor het verzamelen van de cliëntervaringen.

In de context die is ontstaan door de nieuwe ontwikkelingen is het DCM voor de ReproQ2 een goede zet geweest. Omdat er de mogelijkheid bestaat dat VSV andere meetinstrumenten kunnen gebruiken voor de meting zal hier ook het nodige werk gedaan moeten worden om de data op een verantwoorde en gestructureerde wijze in de Perined DWH te kunnen krijgen. Zoals de brief in Bijlage 8 omschrijft, zitten er nog wel wat haken en ogen aan de vrije keuze van de VSV om een meetinstrument te kiezen voor het monitoren.

6.3 Aanbevelingen

1. De hypothese dat de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH bijdraagt aan de kwaliteit van de perinatale zorg zou in een verklarend onderzoek nader onderzocht kunnen worden.
2. Er zou onderzocht kunnen worden of door het beter kunnen uitvoeren van analyses met betrekking tot kwaliteitsindicatoren, in het DWH-efficiëntietrajecten geïnitieerd zouden kunnen worden. Hierbij zou dan ook gekeken kunnen worden of dit kan een gunstig effect zou kunnen hebben op de optimalisatie van bedrijfsprocessen en kwaliteitsverbetering binnen de perinatale zorg (zie paragraaf 2.8 immateriële baten).
3. Perined heeft zijn focus op integrale geboortezorg met *goede en tijdige informatie*. Hier zijn nog vele uitdagingen. *De Zwangerwijzer.nl* (zie 4.1 vraag 4), is hier een goed voorbeeld van. Met de Zwangerwijzer kun je testen of er risico's zijn voor de zwangerschap en je baby. Deze site is eigendom is van Stichting Erfocentrum en Erasmus MC maar wordt binnenkort door Perined overgenomen

4. Bij het gebruik van uitontwikkelde inputformulieren binnen de perinatale zorg kan Perined de schakel zijn naar het Perined DWH. Een aanbeveling zou zijn om deelalternatieven voor de ReproQ te onderzoeken in samenwerking met Perined.
5. Interessant is wat de nieuwe ontwikkelingen van de indicatorenset Integrale Geboortezorg zullen hebben op de integratie van de perinatale zorgdata in het Perined DWH. Moeten er voor alle methodieken DCM's ontwikkeld worden? Gebruiken de VSV dezelfde tools? De brief in Bijlage 8 van het Zorginstituut Nederland 14 juni 2017 met een publicatie geeft de mogelijkheden voor verder onderzoek goed weer. Hierin publiceerden zij de nieuwe Indicatorenset Integrale Geboortezorg (Zorginzicht, 2017).

7 Reflectie

Ten tijde van het onderzoek was duidelijk dat de perinatale zorg in beweging is. Zo was een lange tijd niet zeker of de ReproQ daadwerkelijk gebruikt zal worden als inputformulier om de Perinatale gegevens (inclusief de kraamzorgdata) in het Perined DWH te krijgen. Dan te bedenken dat veel van dit onderzoek is gebaseerd op de ReproQ2 en bijbehorenhet DCM. In dat opzicht kan de houdbaarheid enerzijds kort zijn. Anderzijds is het een gegeven dat de kwalitatieve waarde van de kraamzorgdata als onderdeel van de perinatale data goed wordt gewaardeerd door de respondenten in dit onderzoek. Dit gegeven zal onveranderd blijven ongeacht of er een andere meetmethodiek zal plaatsvinden in de toekomst. In dat opzicht geeft dit onderzoek een goede indicatie van de mogelijke positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Een cohortstudie zal echter moeten uitwijzen wat daadwerkelijk het effect zal zijn van de verschillende inputformulieren op de perinatale zorg en de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

Wat had beter gedaan kunnen worden

In het strategisch ICT-onderzoek zijn de actoren binnen de zorg gebruikt. Dit waren de verloskundigenpraktijken en Perined. Het was ICT technisch gezien beter geweest als de ICT-afdelingen en/of softwareontwikkelaars waren meegenomen in het onderzoek. Hier was echter geen tijd voor. Ook de vraagstelling had achteraf beter gekund.

Afgeronde proces /rapport.

Het rapport geeft een goed tijdsbeeld van het proces hoe de kraamzorgdata geïntegreerd kan worden in het Perined DWH en de keuze van wetenschappelijk verantwoorde inputformulieren. Een belangrijk onderdeel was het DCM van de ReproQ2. Daardoor kon een dieper inzicht gekregen worden in de relatie tussen de SSF, ICT en de verschillende inputformulieren, maar ook de rol van strategisch ICT-management bij de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

Om tot de juiste conclusies en inzichten te komen was strategisch gekozen om Perined als laatste actor te interviewen. Tijdens dit interview konden ook de resultaten van de andere actoren voorgelegd worden. Dat was een verstandige keuze om zodoende de kwalitatieve analyse in een duidelijker perspectief te plaatsen. Al met al geeft het rapport goed weer dat de kraamzorg en kraamzorgdata-integratie binnen de integrale geboortezorg hoort en volgens de geïnterviewde hier zeker aan bijdraagt. Of de keuze van Zorginstituut voor de *vrije keuze* van meetinstrumenten een positief effect heeft op de perinatale zorgdata-integratie in het Perined DWH zal nog moeten uitwijzen.

Referenties

Literatuurlijst

- Actiz (2018) Organisatie van zorgondernemers, geraadpleegd 2-2-2018 op <https://www.actiz.nl/stream/brochure-benchmark-kraamzorg.pdf/20150226150128>
- Akker-van Marle, M. van de, Akkermans, H, Boesveld, I.C., Bruijnzeels, M.A., Franx, A, de Graaf, J.P., . . . Wiegers, T.A. . (2016). *Evaluatie van zorg in geboortecentra in Nederland: Resultaten van het Geboortecentrum Onderzoek* Geraadpleegd 6-7-2016 van https://www.tno.nl/media/7290/geboortecentrumonderzoek_eindrapport_april_2016.pdf
- Beek, C.C. van. (2009). Consultatiedocument Kraamzorg - Een analyse van de mogelijkheden voor vrije prijsvorming. *Publicaties over eerstelijns verloskunde - Nederlandse Zorgautoriteit, NZa, Utrecht*.
- Boesveld, I., Valentijn, P., Hitzert, M., Hermus, M., Franx, A., de Vries, R., . . . Bruijnzeels, M. (2017). An Approach to measuring Integrated Care within a Maternity Care System: Experiences from the Maternity Care Network Study and the Dutch Birth Centre Study. *International Journal of Integrated Care*, 17(2).
- Diem, Mariet van, De Reu, Paul, Eskes, Martine, Brouwers, Hens, Holleboom, Cas, Slagter-Roukema, Tineke, & Merkus, Hans. (2010). National perinatal audit, a feasible initiative for the Netherlands: A validation study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(9), 1168-1173. doi:10.3109/00016349.2010.500468
- Dijk, A.E. van, Knapen, M.F.C.M., Waelput, A.K.M., Brouwers, H.A.A., Slobben-Mager, K, Alderliesten, M.e., . . . Bremmer-Bolhuis, T.L. (2016). Perinatale audit van à terme sterfte in 2013 & 2014 *Perinatale audit Nederland: Perined*.
- Escuriel, Ramón, White, Joanna, Beeckman, Katrien, Frith, Lucy, Leon-Larios, Fatima, Loytved, Christine, . . . van Teijlingen, Edwin. (2015). Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *British Medical Journal, Health Services Research*, 15(1), 1-13. doi:10.1186/s12913-015-1151-2
- Eskes, Martine, Waelput, Adja J M, Erwich, Jan Jaap H M, Brouwers, Hens A A, Ravelli, Anita C J, Achterberg, Peter W, . . . Bruinse, Hein W. (2014). Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study. *British Medical Journal Open*, 4(10), 10. doi:10.1136/bmjopen-2014-005652
- Evers, Annemieke C C, Brouwers, Hens A A, Hukkelhoven, Chantal W P M, Nikkels, Peter G J, Boon, Janine, van Egmond-Linden, Anneke, . . . Kwee, Anneke. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *British Medical Journal (BMJ) Open*, 341. doi:10.1136/bmj.c5639
- Goossen, W.T.F., & Dille, J. (2013). *Uitwisselen verpleegkundige gegevens oncologie met behulp van een Clinical Data Ware House - Lectoraat ICT-innovaties in de zorg* (Vol. RAAK-publiek Rapportage 2013, Projectnummer 2011-13-41P). Zwolle: Windesheim.
- Handboek voor kraamzorgaanbieders, branchevereniging BO Geboortezorg (2016 November 2016).
- HL7 (2016, 5-7-2016). HL7 Nederland *Algemene informatie* Geraadpleegd 5-7-2016 van <http://www.hl7.nl/>
- IFWH (2016). Cohort studies, case control studies & RCTs* - <http://www.iwh.on.ca/at-work/83> *Institute For Work & Health - AT WORK, WINTER 2016(83)*.
- IGZ (2014). *Verbetering nodig in de samenwerking tussen kraamzorg en JGZ voor verantwoorde geboortezorg*. Retrieved from Utrecht: <http://www.igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Verbetering+nodig+in+samenwerking+tussen+kraamzorg+en+JGZ.pdf>

- KNOV (2015). *PWD - Gegevensuitwisseling in de perinatale keten - Hoofddocument* Geraadpleegd 6-7-2016 van <https://www.nictiz.nl/publicaties/richtlijnen-en-handleidingen/pwd-0-hoofddocument-gegevensuitwisseling-in-de-perinatale-keten-15-1-0>
- Kooy, J. van der. (2013). Dutch Perinatal System - performance and innovative strategies. *PhD thesis*.
- Massis, Bruce. (2016). Data-driven decision-making in the library. *New Library World*, 117(1/2), 131-134. doi:10.1108/NLW-10-2015-0081
- NISO (2004, 7-7-2016). Understanding Metadata - <http://www.niso.org/>. Geraadpleegd 7-7-2016 van <http://www.niso.org/publications/press/UnderstandingMetadata.pdf>
- NICTIZ (2012). *Architectuur PWD*.
- Nictiz (2016). Beheer Dataset Geboortezorg. 21 november 2016: Nictiz
- Nivel (2018). Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, geraadpleegd 2-2-2018 op <https://www.nivel.nl/sites/default/files/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-jan-2016.pdf>
- OU (2013). Premaster Management wetenschappen - Reader 1 *Open Universiteit Faculty of Management, Science & Technology*. Heerlen: Open Universiteit.
- Perined (2013). *Perinatale Registratie Nederland Grote Lijnen 1999 - 2012 (978-90-809666-9-7)*. Retrieved from Enschede: <https://assets.perined.nl/docs/6f9eb6f1-f40c-4fb6-92b7-55787f230704.pdf>
- Rowley, Jennifer. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25(1), 16-27. doi:10.1108/01409170210782990
- Saunders, M, Lewis, P, & Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*. Harlow: Pearson.
- Scheerhagen, Marisja, van Stel, Henk F., Birnie, Erwin, Franx, Arie, & Bonsel, Gouke J. (2015). Measuring Client Experiences in Maternity Care under Change: Development of a Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model. *PLoS ONE*, 10(2), 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0117031
- Vos, M.L.G. de, & Graafmans, W.C. (2007). *Indicatoren voor de Kraamzorg - Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen*. Retrieved from Bilthoven, november 2007, http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2007/november/Indicatoren_voor_de_kraamzorg_Ontwikkeling_van_indicatoren_voor_kraamzorginstellingen:
- Ward, John, & Peppard, Joe. (2016). *The Strategic Management of Information Systems: Building a Digital Strategy*: John Wiley & Sons.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods*. 3rd ed, Sage, London.
- Yoo, S., Kim, S., Lee, K.-H., Jeong, C. W., Youn, S. W., Park, K. U., . . . Hwang, H. (2014). Electronically implemented clinical indicators based on a data warehouse in a tertiary hospital: Its clinical benefit and effectiveness. *Int. Journal of Medical Informatics*, 83(7), 507-516. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.04.001>
- Zorginstituut-Nederland. (2017). CQ-index Kraamzorg. Geraadpleegd op 1-7-2017 van <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/kraamzorg-cqi/Paginas/Home.aspx>
- [Zorginzicht \(2017\). Indicatorenset integrale geboortezorg, geraadpleegd 24-8-2017 op https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Zorgstandaard_Integrale_Geboortezorg_versie_1_1.pdf](https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Zorgstandaard_Integrale_Geboortezorg_versie_1_1.pdf)

Bijlage 1A - SSF Substandaard factoren in de zorgcontext

1. Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons;
2. Communicatie tussen zorgverlener en zwangere;
3. Communicatie tussen leerling en supervisor;
4. Verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen;
5. Onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie;
6. Telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie;
7. Overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst;
8. Communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners;
9. Communicatie omtrent spoed-status sectio)
10. Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie;
11. Ontbrekende overwegingen bij afwijkend beleid;
12. Onduidelijkheid over zorg- verlenersgroep verantwoordelijk voor dossiervorming;
13. Geen notatie uitkomsten standaard diagnostiek;
14. Geen verslaglegging in elektronisch dossier;
15. Onvoldoende terugkoppeling naar verwijzende zorgverlener;
16. Fouten in genoteerde doseringen/tijdstippen;
17. Gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-;
18. Onvoldoende notitie voorgeschiedenis zwangere; papieren CTG niet bewaard)
19. Delay (onderschatting ernst in 1e lijn;
20. Probleem bij in gang zetten spoedsectio; zwangere belt laat met klachten; OGTT te laat uitgevoerd;
21. Kinderarts niet bereikbaar/aanwezig bij kind met slechte start;
22. Reanimatie vertraagd door afwijking protocol)
23. Onvoldoende diagnostiek (geen groeiecho ondanks afspraak zorgpad;
24. Geen drugtest; gebrekkige diagnostiek bij post-mortem onderzoek;
25. Zwangere weigert verdere diagnostiek)
26. Gebrekkig post-mortem/pathologisch onderzoek (niet insturen placenta; foute preparatie navelstreng;
27. Niet aanbieden MRI na weigeren obductie;
28. Geen postpartum chromosomaal onderzoek; placenta komt niet aan bij lab)
29. Drukke; te weinig personeel (niet uitvoeren/beoordelen CTG;
30. Geen actie op controles; communicatieprobleem- men;
31. Gecompliceerde bevalling ten onrechte thuis wegens volzette 2e lijn)
32. Technisch/logistiek probleem met apparatuur (spullen reanimatie niet overzichtelijk beschikbaar;
33. Medium voor sample patholoog niet beschikbaar)
34. No show/afzegging zonder vervolgactie zorgverlener
35. Overig (zwangere onttrekt zich aan zorg;
36. Zwangere wil niet naar 2e lijn verwezen worden;
37. Substandaard thuissituatie zwangere;
38. Taalbarrière zwangere;
39. Obstetrische historie buitenland onduidelijk;
40. Geen/niet snel bloed beschikbaar voor transfusie neonaat)

Bijlage 1B - Toelichting deelvragen

Om de hoofdvragen te kunnen beantwoorden zijn voor het literatuur- en empirisch onderzoek de volgende deelvragen samengesteld:

L1. Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd

Om de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH goed in de context van de perinatale zorg te kunnen plaatsen is het van belang om te onderzoeken hoe de perinatale zorg georganiseerd is en welke partijen hierbij betrokken zijn. Ook is van belang hoe deze informatie zich verhoudt tot de kraamzorg data.

L2. Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld en in relatie tot het Perined DWH

Omdat we de kraamzorgdata willen integreren in het Perined DWH zal onderzocht moeten worden hoe de huidige informatievoorziening georganiseerd is. Maar ook waar de data vandaan komt en hoe deze data verzameld moet worden in het Perined DWH. Belangrijke aandachtspunten zijn de organisatorische opbouw van het Perined DWH en hoe de zorgdata gestandaardiseerd en gestructureerd wordt. Dit moet een uitgangspunt zijn voor de kraamzorgdata.

L3. Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en Perinatale registratie op de perinatale sterfte

Deze vraag moet antwoord geven hoe de huidige stand van zaken is met betrekking tot de kwaliteit in de perinatale zorg. Een belangrijk onderdeel hierbij zijn de zorgfeiten en de implicaties, maar ook op basis van welke factoren een indeling plaatsvindt. Ook zal dit zicht moeten geven of de uitwerking van de perinatale audits en perinatale registraties tot dusver een positieve bijdrage hebben geleverd.

L4. Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een Strategisch ICT-management perspectief

De kraamzorgdata-integratie zal het Perined DWH verrijken met extra informatie. Dit kan van waarde zijn voor verschillende partijen. Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is, of er iets is te vinden hoe de kraamzorgdata-integratie zou kunnen bijdragen vanuit een strategisch ICT-management perspectief. Een verdieping van het begrip strategisch ICT-management moet meer inzicht geven voor deze bijdrage. Gedacht kan worden aan nieuwe data of indicatoren die strategisch zijn in te zetten om processen te verbeteren/optimaliseren.

L5. Welke inputformulieren zijn van toepassing op de kraamzorg en hoe wordt deze perinatale data verzonden en opgeslagen in het Perined DWH

Perinatale data wordt verzonden en opgeslagen. Dit zal volgens bepaalde protocollen verlopen. Bij het gestructureerd integreren van kraamzorgdata zal onderzocht moeten worden aan welke specificaties deze data zal moeten voldoen voordat het kan worden opgeslagen in het Perined DWH

Voor het verkrijgen van data in de kraamzorg zal eerst onderzocht moeten worden welke meetinstrument van toepassing is op de kraamzorg. Wat verstaat men onder meten, hoe gaat dit in zijn werking en is deze voldoende gevalideerd en om goed uit te kunnen voeren in de kraamzorg.

L6. Wat is de gebruikersacceptatie en praktijkervaring met meetinstrumenten in de perinatale zorg

In geval van een meting die van toepassing kan zijn op de kraamzorg is belangrijk om meer te weten over de gebruikersacceptatie. Een gebruikersacceptatie laat zien in hoeverre het meetinstrument toegepast kan worden en of alle doelgroepen de vorm van meten accepteren en uitvoeren. Gezien meten een ICT-toepassing is kan ook gekeken worden wat de strategische managementwaarde is van de uitkomsten van de gebruikersacceptatie.

E1. Wat zijn de verwachtingen van de actoren bij het effect op de kwaliteit van de perinatale zorg als de kraamzorgdata geïntegreerd zal worden in het Perined DWH?

Deze vraag moet indicatie geven op wat er leeft binnen de actoren over de effectiviteit van de kraamzorgdata-integratie op de kwaliteit van de perinatale zorg. De perinatale sterfte is een belangrijke factor om de kwaliteit van de perinatale zorg te bepalen. Naast de indicatie is het hier ook belangrijk te onderzoeken wat de argumenten zijn voor de indicaties. Deze kunnen later eventueel gebruikt worden voor verder onderzoek.

E2. Hoe verhoudt het DCM-ReproQ2 zich tot de SSF-data?

De SSF-data zijn een verzameling van factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van de perinatale zorg. Veel van deze SSF-data hebben een relatie met vragen in het DCM-ReproQ2. Het is interessant om te zien hoe SSF-data terug te zien zijn in de vraagstellingen van het DCM-ReproQ2. Dit kan betekenen dat mogelijke fouten in communicatie of documentatie zichtbaar worden. Hier kan dan weer van geleerd worden en mogelijke fouten in de toekomst te voorkomen door procedures aan te passen of processen te veranderen.

E3 In welke mate voldoet het DCM-ReproQ2 aan de randvoorwaarden voor kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH?

De kraamzorgdata komt nu nog niet in het Perined DWH. Het is belangrijk om te bepalen hoe de randvoorwaarden zijn geborgd voor de juiste data-integratie in het Perined DWH.

E4. Welke processen binnen de datatransmissie m.b.t de eerstelijnszorg zijn niet optimaal en wat zijn de voornaamste prioriteiten voor het aanpakken van de SSF-data met behulp van ICT?

Het gevolg van deelvraag E2 moet een extra dimensie geven op het inzicht bij deze vraag door aan te geven waarin het proces binnen de eerstelijns zorg met betrekking tot de informatie-uitwisseling verbeterd/geoptimaliseerd kan worden. Het is belangrijk om het DCM van de ReproQ2 en andere meetinstrumenten mee te nemen bij het onderzoek om te zien waar de prioriteiten liggen bij de actoren om de SSF's te verbeteren. Beslissingen van actoren met betrekking tot deze vraagstelling kunnen het effect bepalen van strategisch ICT-management.

E5. Welke bestaand meetinstrument zou een aanvulling zijn voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH en waarom.

Belangrijk om te weten is of er indicaties zijn bij de actoren of de bestaande methodieken een aanvulling kunnen zijn op het Perined DWH.

E6. Wat is de data-match van bestaande inputformulieren met zowel het DCM-ReproQ2 als de SSF-data?

Het is relevant te onderzoeken wat de huidige staat is van bestaande inputformulieren en in welke mate er overeenkomsten zijn met het DCM-ReproQ2 en de SSF-data. Hieruit kan tevens geconcludeerd worden wat de doelstelling is van bestaande inputformulieren.

Bijlage 2A Interviewvragen en categorisatie

Vragenlijst interview Kraamzorgdata-integratie

Vragenlijst t.b.v. afstudeeropdracht Gert Folkerts, Open Universiteit, faculteit Management, Science & Technology, Masteropleiding Business Process Management & IT
De invloed van kraamzorgdata-integratie in een datawarehouse op de kwaliteit van de perinatale zorg. Een onderzoek over het georganiseerd opslaan van kraamzorgdata in een datawarehouse.

De beantwoording van de vragen is anoniem. Als het interview is afgerond en de antwoorden zijn geredigeerd, zullen deze indien gewenst ter controle en goedkeuring naar u worden opgestuurd.

Voor vragen en/of opmerkingen kunt u mij bereiken op 06-50849961 of gfolkerts@phari.nl

Alle vragen worden van te voren toegelicht om de respondenten op de hoogte te brengen van de inhoud en betekenis.

Vragen:

1. Vindt u dat het integreren van kraamzorgdata middels de ReproQ bij Perined met de reeds bestaande perinatale dataregistratie een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland? Graag antwoord toelichten
2. Gegeven zijn de *mogelijke factoren of verzameling van factoren* die hebben geleid tot doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken:
 - H. Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons;
 - I. Overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst;
 - J. Communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners;
 - K. Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie;
 - L. Geen verslaglegging in elektronisch dossier;
 - M. Gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-;
 - N. Geen actie op controles; communicatieprobleem- men;

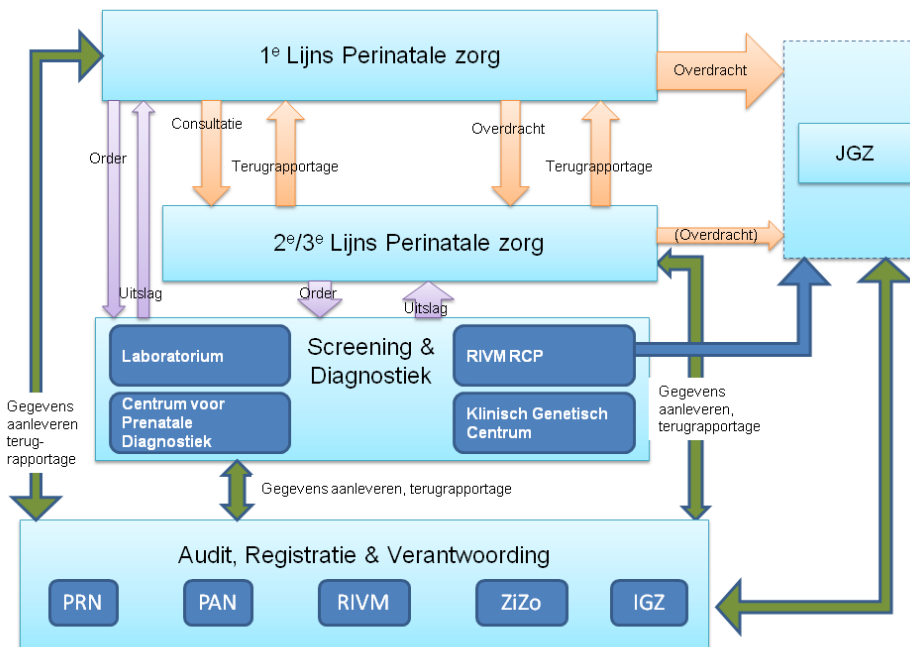
Als u er drie zou mogen selecteren om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren, welke zou u dan kiezen? Graag antwoord toelichten

3. Gebruikt u op dit moment de vragenlijst *Ervaringen met de kraamzorg* CQ-index Kraamzorg? Graag antwoord toelichten.
4. Gebruikt u ook andere controle-/meetinstrumenten zoals evaluatieformulieren? Graag antwoord toelichten.
5. De kwaliteitsmeting in de kraamzorg gebeurt periodiek. De verzamelde gegevens komen in een Openbaar Data Bestand (ODB) maar niet bij Perined in de database. Zou een koppeling van deze data met de perinatale database van Perined een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg? Graag antwoord toelichten.

6. Vragen over *Het wisselen van zorgverlener* is een relatief nieuw onderdeel in onderdeel in de ReproQ2. Wat vindt u van deze vragentoevoeging in relatie tot de kwaliteit van de perinatale zorg?

Het wisselen van zorgverlener:

- e. Was bij wisseling van zorgverlener uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie?
 - f. Was bij verwijzing naar het ziekenhuis uw nieuwe zorgverlener goed geïnformeerd over uw situatie?
 - g. Kreeg u de soort zorgverlener die u wilde?
 - h. Was het u steeds duidelijk wie de leiding had over de zorg die u kreeg?
7. Hoe vult u het overdrachtsformulier in en stuurt u het op naar het JGZ? Heeft deze overdracht een kwalitatieve bijdrage aan de perinatale zorg? Graag antwoord toelichten.
8. Kunt u in het kader van de kraamzorgdata-integratie in het onderstaande schema precies aangeven voor welke informatiestroom u verantwoordelijk bent? Graag antwoord toelichten.



Afbeelding 1. Informatie-uitwisseling in de perinatale zorgketen. (Bron: NICTIZ)

9. Welke vorm van informatie-uitwisseling in afbeelding 1 is naar uw mening niet optimaal en zou u verbeterd willen zien als de kraamzorgdata daadwerkelijk geïntegreerd wordt bij Perined? Graag antwoord toelichten.
10. Er zijn meerdere apps te verkrijgen voor informatie en meetinstrumenten rondom zwangerschap en geboorte. Gebruiken u of uw cliënten deze apps? Graag antwoord toelichten.

Tot slot: Wilt u de geredigeerde antwoorden ter controle en goedkeuring inzien?

Heel erg bedankt voor uw tijd voor dit onderzoek.

Categorisatie interviewvragen

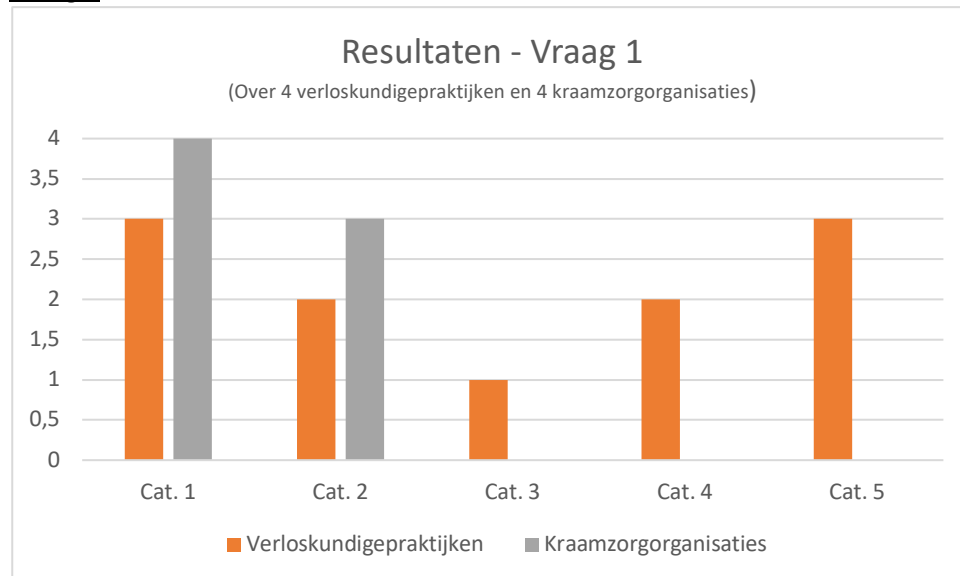
Cat. nr.	Categorie
	Vraag 1 <i>Vindt u dat het integreren van kraamzorgdata middels de ReproQ bij Perined met de reeds bestaande perinatale dataregistratie een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland?</i>
1	Antwoord Ja
2	Betrokkenheid kraamzorg
3	Kraamzorg gerelateerde werkzaamheden
4	Constateren klachten, problemen, huiselijk geweld etc. door kraamzorg
5	Betere registratie psychische en medische klachten
	Vraag 2 <i>Als u er drie zou mogen selecteren om met behulp van ICT te verbeteren/optimaliseren, welke zou u dan kiezen? Graag antwoord toelichten</i>
38	Antwoord Keuze lijst a, b, c, d, e, f, g
39	Autorisatie issue
40	Vertrouwenskwestie
41	Belang elektronisch dossiervorming
42	Gegevens niet terug te vinden
	Vraag 3 <i>Gebruikt u op dit moment de vragenlijst 'Ervaringen met de kraamzorg' CQ-index Kraamzorg? Graag antwoord toelichten.</i>
6	Antwoord Ja
7	Niet relevant
8	Andere methode
	Vraag 4 <i>Gebruikt u ook andere meetinstrumenten zoals evaluatieformulieren? Graag antwoord toelichten.</i>
29	Antwoord Ja
30	Evaluatieformulieren
31	Klachtenformulieren
32	Meerdere evaluaties
33	Cliëntenpanel
34	Borstvoeding monitoring
	Vraag 5 <i>De kwaliteitsmeting in de kraamzorg gebeurt periodiek. De verzamelde gegevens komen in een Openbaar Data Bestand (ODB) maar niet bij Perined in de database. Zou een koppeling van deze data met de perinatale database van Perined een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg? Graag antwoord toelichten.</i>
9	Antwoord Ja
10	Belang integrale geboortezorg
11	Vragen niet allemaal relevant

	Vraag 6 <i>Vragen over ‘Het wisselen van zorgverlener’ is een relatief nieuw onderdeel in onderdeel in de ReproQ2. Wat vindt u van deze vragentoevoeging in relatie tot de kwaliteit van de perinatale zorg?</i>
12	Antwoord Goed
13	Reeds vermeld in Zorgstandaard KNOV
14	Belang communicatie
15	Belang documentatie en dossier
16	Nakomen afspraken
17	Verificatie gegevens
18	Afhankelijk van zorgverlener
	Vraag 7 <i>Hoe vult u het overdrachtsformulier in en stuurt u het op naar het JGZ? Heeft deze overdracht een kwalitatieve bijdrage aan de perinatale zorg? Graag antwoord toelichten.</i>
19	Antwoord Ja
20	Door de kraamzorg
21	In bijzonder gevallen ook door de Verloskundige
22	Warme overdracht
23	Geen digitale overdracht naar JGZ
24	Overdrachtsformulier bevat niet alle communicatie
25	Geen terugkoppeling van JGZ
	Vraag 8 <i>Kunt u in het kader van de kraamzorgdata-integratie in het onderstaande schema precies aangeven voor welke informatiestroom u verantwoordelijk bent? Graag antwoord toelichten.</i>
43	Antwoord Ja! verantwoordelijkheid bekend
44	Informatielijn 1
45	Informatielijn 2
46	Informatielijn 3
47	Informatielijn 4
48	Informatielijn 5
	Vraag 9 <i>Welke vorm van informatie-uitwisseling in afbeelding 1 is naar uw mening niet optimaal en zou u verbeterd willen zien als de kraamzorgdata daadwerkelijk geïntegreerd wordt bij Perined? Graag antwoord toelichten.</i>
49	Interne communicatie
50	Terugkoppeling van 2 ^e /3 ^e -lijn zorg
51	Optimalisatie overdracht
52	Overdracht naar de kraamzorg niet digitaal
	Vraag 10 <i>Er zijn meerdere apps te verkrijgen voor informatie en meten rondom zwangerschap en geboorte. Gebruiken u of uw cliënten deze apps? Graag antwoord toelichten.</i>
35	Antwoord Ja
36	Advies naar apps 3 ^e partij
37	Informatie via intern systeem bij inschrijving

Tabel 8 Mapping: Categorieën vragen 3, 4 en 10

Bijlage 2B Resultaten interviews

Vraag 1



Grafiek 1 Respons Case 1 - Vraag 1

Toelichting

Perined keuze en motivatie: Cat. 1 en cat. 2

Cat. 1: Zeven van de acht actoren en Perined vinden dat het integreren van kraamzorgdata middels de ReproQ bij Perined met de reeds bestaande perinatale dataregistratie een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland.

Motivatie:

Cat. 2 Betrokkenheid kraamzorg: 5 van de 8

Cat. 3 Kraamzorg gerelateerde werkzaamheden: totaal 1 van de 8

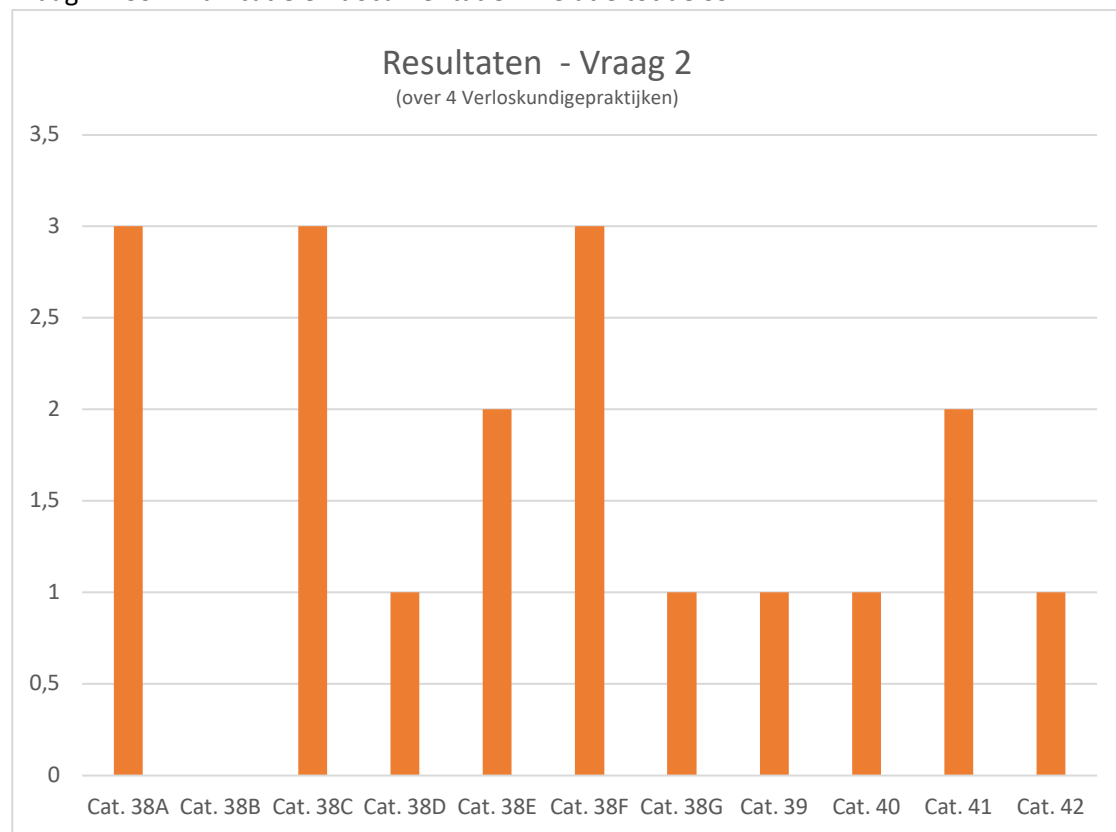
Cat. 4 Constateren klachten, problemen, huiselijk geweld etc. door kraamzorg: totaal 2 van de 8

Cat. 5 Betere registratie psychische en medische klachten: totaal 3 van de 8

Resultaten vraag 1:

Op de directe vraag wat de invloed van de kraamzorgdata-integratie op de kwaliteit van de perinatale zorg is wordt door acht van de negen actoren positief beoordeeld. Als voornaamste reden wordt hierbij de betrokkenheid van de kraamzorg aangevoerd.

Vraag 2 - Communicatie en documentatie in relatie tot de SSF



Grafiek 2 Respons Case 3 - Vraag 2

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: A, B, C, D en G. A: Integrale geboortezorg geniet de prioriteit. Knelpunten liggen niet zozeer bij de kraamzorg maar bij de andere echelons. B: Zie A. C: Eenheid van taal heeft de prioriteit. De zorg wordt gemeten op drie niveaus; zorgstandaarden, meetinstrumenten en PWD. E: Geen goede verslaglegging (Zie D). F: kan weg. G: Robuuste controle aan de voorkant om de ergste fouten te voorkomen. Psychologie is de grootste gemene deler: Mens \leftrightarrow Communicatie (hoe stop je het er in) \leftrightarrow Communicatie tussen systemen.

Cat. 38 Antwoord Keuze lijst a, b, c, d, e, f, g

Cat. 39 Autorisatie issue: totaal 1 van 8

Cat. 40 Vertrouwenskwestie: totaal 1 van 8

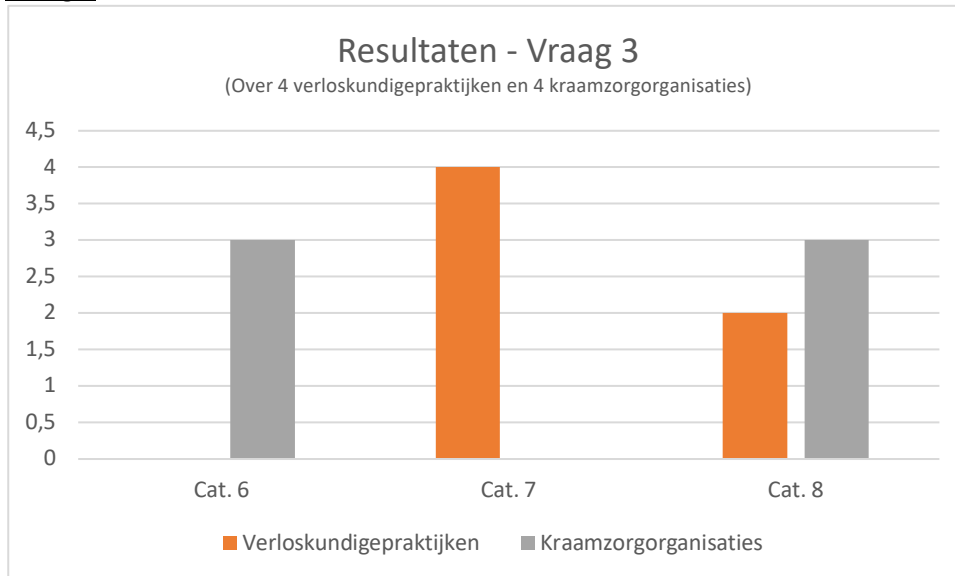
Cat. 41 Belang elektronisch dossiervorming: totaal 2 van 8

Cat. 42 Gegevens niet terug te vinden: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 2:

Communicatie en documentatie in relatie tot de SSF: De keuzes die zijn gebruikt voor de vraagstellingen zijn gebaseerd op de match in het DCM met de SFF in relatie tot ICT. In zeker opzicht lijken de keuzes op elkaar. Dat werd ook aangegeven tijdens het onderzoek. Toch geeft Perined een conclusie die van toepassing is op deze bepalende factor: Integrale geboortezorg waarbij alle dossiers op elkaar aansluiten en gegevens goed terug te vinden zijn. Op basis van autorisatie moet dan toegang tot het elektronisch dossier mogelijk zijn om de informatie in te zien die van belang is. De motivaties van de verloskundigenpraktijken zijn niet eenduidig. De keuzes voor de SSF wel: A, C en F verdienen de voorkeur.

Vraag 3



Grafiek 3 Respons Case 1 - Vraag 3

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Niet van toepassing. De vervanging moet nog komen.

Cat.6 Drie van de acht gebruiken op dit moment de vragenlijst *Ervaringen met de kraamzorg* CQ-index Kraamzorg. Dit zijn alleen de kraamzorgorganisaties.

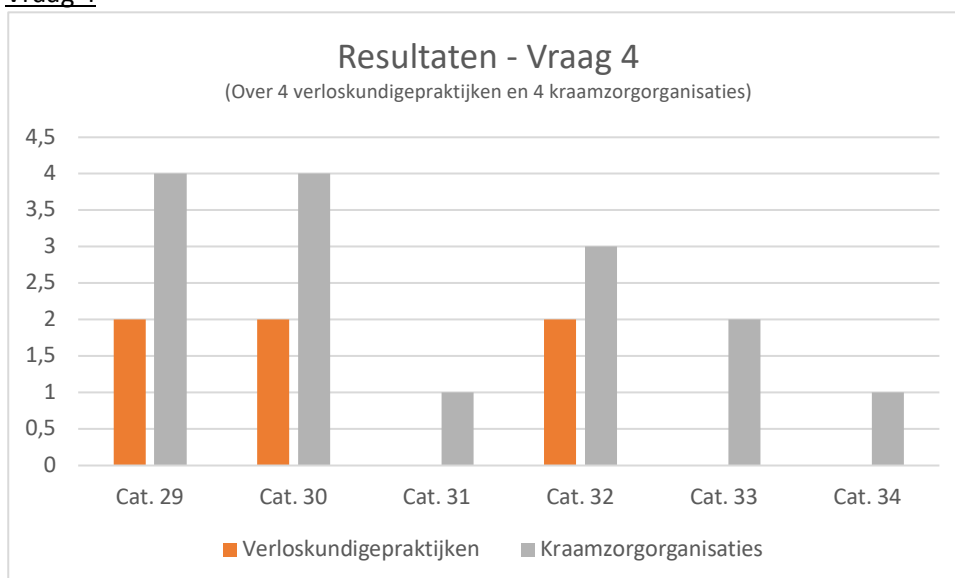
Cat.7 Niet relevant: totaal 4 van de 8

Cat.8 Andere methode: totaal 5 van de 8

Resultaten vraag 3

Kraamzorgmonitoring wordt terecht door de kraamzorg uitgevoerd. Drie van de vier kraamzorgorganisaties gebruiken dan ook nog steeds de CQI. Deze monitoring wordt echter niet meer vanuit de zorgverzekeraars ondersteund omdat het wachten is op de ReproQ. De verloskundigepraktijken gebruiken geen CQI.

Vraag 4



Grafiek 4 Respons Mapping - Vraag 4

Toelichting

Perined keuze en motivatie: Zwangerwijzer wordt door Perined overgenomen. Keuze: Cat. 29 en Cat. 34

Cat. 29 Zes van de acht gebruiken ook andere controle-/meetsinstrumenten.

Cat. 30 Evaluatieformulieren: totaal 6 van 8

Cat. 31 Klachtenformulieren: totaal 1 van 8

Cat. 32 Meerdere evaluaties: totaal 5 van 8

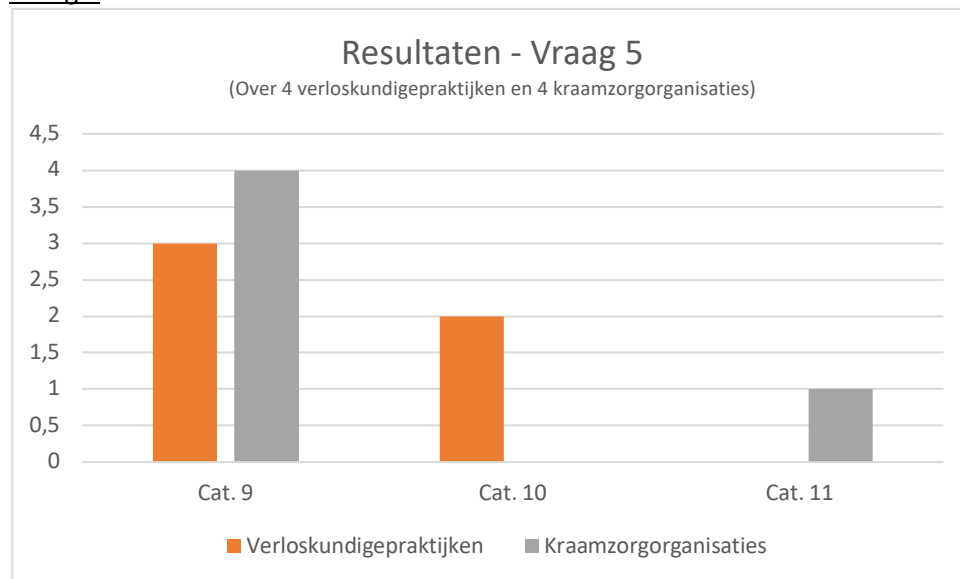
Cat. 33 Cliëntenpanel: totaal 2 van 8

Cat. 34 Borstvoeding monitoren: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 4

Zes van de acht actoren gebruiken ook andere meetinstrumenten als evaluatieformulieren, enquêtes en kwaliteitsindicatoren. Zwangerwijzer.nl is eigendom van Stichting Erfocentrum en Erasmus MC maar wordt binnenkort door Perined overgenomen als meetinstrument. Uit de vergelijkingen uit het DCM voor de ReproQ2 blijkt dat bestaande evaluatieformulieren en de CQI bij de kraamzorg zeer specifiek zijn

Vraag 5



Grafiek 5 Respons Case 1 - Vraag 5

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Cat.9 en Cat. 10

Cat.9 De kwaliteitsmeting in de kraamzorg gebeurt periodiek. De verzamelde gegevens komen in een Openbaar Data Bestand (ODB) maar niet bij Perined in de database. Zeven van de acht vinden dat een koppeling van deze data met de perinatale database van Perined een positieve invloed zal hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg.

Cat.10 Belang integrale geboortezorg: totaal 2 van 8

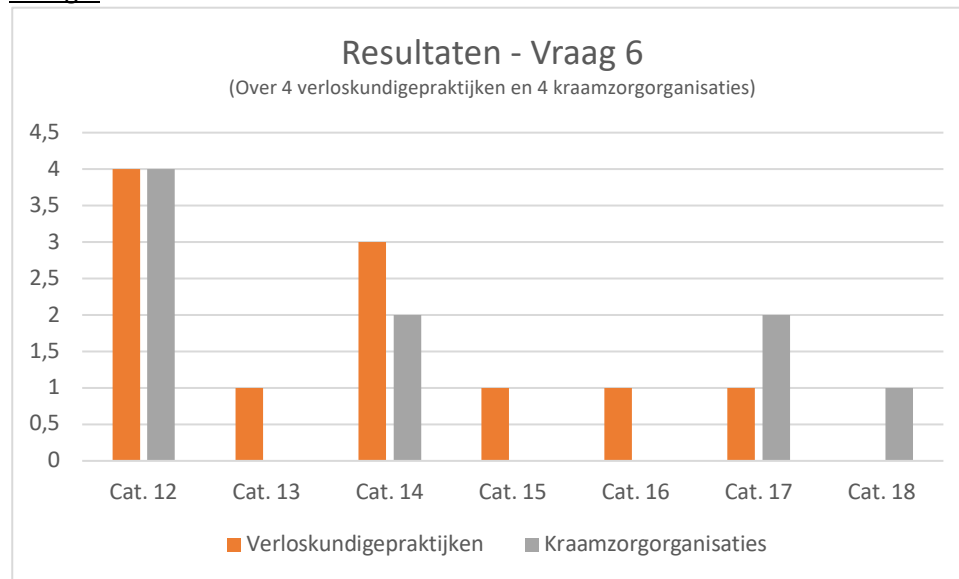
Cat.11 Vragen niet allemaal relevant: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 5

Reeds bestaande periodiek kwaliteitsmetingen binnen de kraamzorg komen in een openbaar bestand (ODB). Mocht het ODB toegevoegd worden aan het Perined DWH dan zien alle negen actoren dit ook als een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. De motivaties verschillen echter wel. Het belang van de integrale geboortezorg is de meest voornaamste reden met drie van de negen actoren.

De huidige meetinstrumenten zijn professionele meetinstrumenten voor zowel de Kraamzorgorganisaties als de Verloskundigenpraktijken. Ze zijn van belang voor interne en externe benchmarking, bewaking van de kwaliteit en hoe de cliënten de zorg ervaren. Uit het interview met Perined blijkt dat er wel degelijk mogelijkheden zijn om bestaande meetinstrumenten te integreren met het Perined DWH en dus meer kansen voor de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH.

Vraag 6



Grafiek 6 Respons Case 1 - Vraag 6

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Dit heeft te maken met de keuzevrijheid van de cliënt. Keuze: Cat.14

Cat.12 Acht van de acht actoren vinden dat de vragen over *Het wisselen van zorgverlener* in de ReproQ2 een goede toevoeging in relatie tot de kwaliteit van de perinatale zorg

Cat.13 Reeds vermeld in Zorgstandaard KNOV: totaal 1 van 8

Cat.14 Belang communicatie: totaal 5 van 8

Cat.15 Belang documentatie en dossier: totaal 1 van 8

Cat.16 Nakomen afspraken: totaal 1 van 8

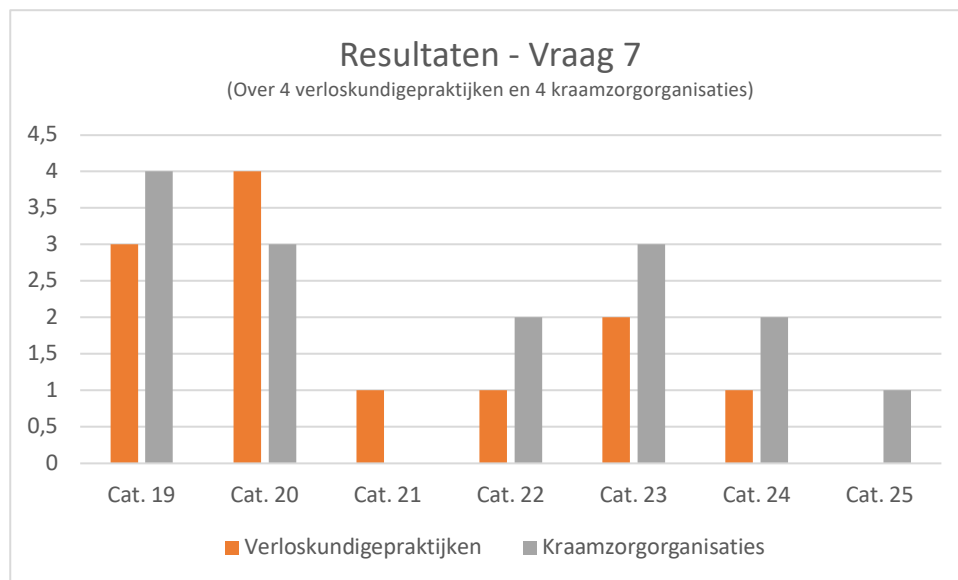
Cat.17 Verificatie gegevens: totaal 3 van 8

Cat.18 Afhankelijk van zorgverlener: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 6

Naast de kraamzorgdata-integratie is ook ingegaan op een nieuwe vraagstelling die voorkomt in de ReproQ2. Uit de analyse van het DCM aan de hand van de verzamelde documentatie en de SSF werd duidelijk dat er een significante match was met de SSF en de vragengroep *wisselen van zorgverlener*. De totale match is dat 24 SSF's overeenkomen met deze vragengroep. Ook komt de vragengroep in geen andere meetinstrument voor. Uiteindelijk geven acht van de negen actoren aan dat ook deze vraag een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Een bijzonder opmerking over deze vragengroep kwam van Perined; Het is de keuzevrijheid van de cliënt. Met andere woorden de keuzevrijheid kan dus verstrekken gevolgen hebben gezien de match met de SSF's

Vraag 7



Grafiek 7 Respons Case 1 - Vraag 7

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Nee. Dit is meer van belang voor de jeugdzorg. Alle gegevens staan al in het Perined DWH. In dat opzicht draagt dit formulier niet bij aan de kwaliteit van de perinatale zorg.

Cat.19 Zeven van de acht actoren vinden dat de overdracht van de 1^e lijn zorg naar de JGZ een positieve bijdrage levert aan kwaliteit van de perinatale zorg?

Cat.20 Overdracht wordt gedaan door de kraamzorg: totaal 7 van 8

Cat.21 Overdracht wordt in bijzonder gevallen door de Verloskundige: totaal 1 van 8

Cat.22 Warme overdracht: totaal 3 van 8

Cat.23 Geen digitale overdracht naar JGZ: totaal 5 van 8

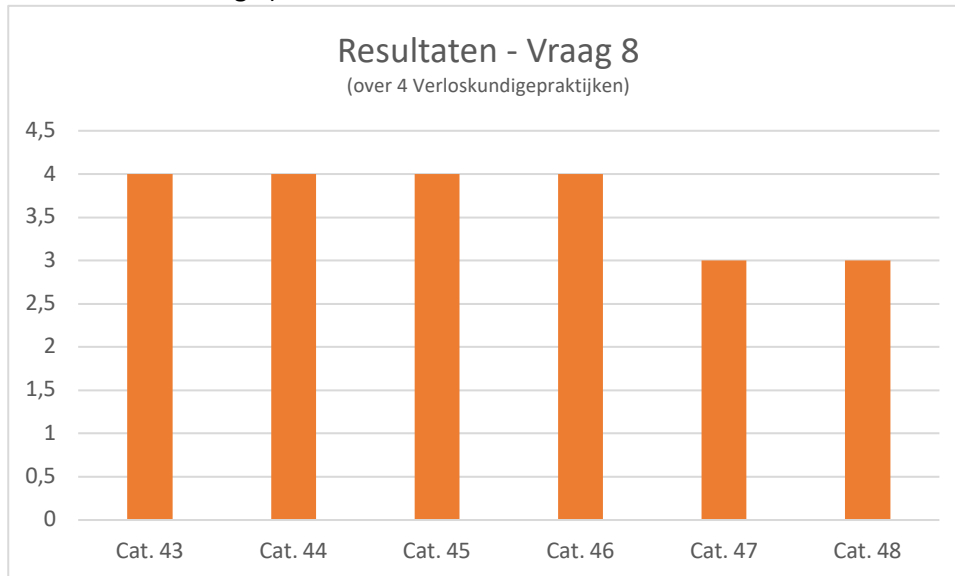
Cat.24 Overdrachtsformulier bevat niet alle communicatie: totaal 3 van 8

Cat.25 Geen terugkoppeling van JGZ: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 7

Ook bij de bijdrage van de overdracht van de eerstelijnszorg naar de JGZ werd duidelijk hoe het inzicht verschilt tussen de kraamzorgorganisaties en de verloskundigenpraktijken met Perined. Deze stichting geeft aan dat de gegevens van de overdracht reeds bekend zijn en niet relevant zijn voor de kwaliteit van de perinatale zorg. Het is een overdracht aan het eind van de perinatale zorg en heeft daar geen invloed meer op. Toch zien zeven van de acht actoren van de verloskundigenpraktijken en de kraamzorgorganisaties dit als een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. In zekere zin is dit een strikvraag waar Perined terecht doorheen keek. Meer over deze vraag bij de aanbevelingen.

Vraag 8 Bevestiging van verantwoordelijkheden en inzicht voor elektronische uitwisseling van gegevens (aan de hand van afbeelding 4)



Grafiek 8 Respons Case 3 - Vraag 8

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Helemaal

Cat. 43 Antwoord Ja! verantwoordelijkheid is bij alle actoren bekend

Cat. 44 Informatielijn 1: totaal 4 van 4

Cat. 45 Informatielijn 2: totaal 4 van 4

Cat. 46 Informatielijn 3: totaal 4 van 8

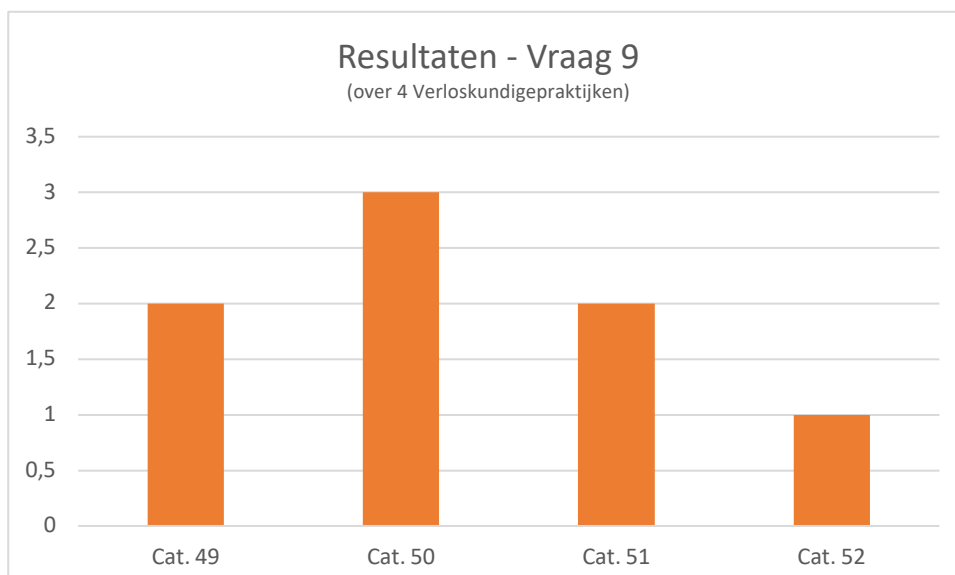
Cat. 47 Informatielijn 4: totaal 3 van 4

Cat. 48 Informatielijn 5: totaal 3 van 4

Resultaten vraag 8

Dit is een bevestiging van verantwoordelijkheden en inzicht voor elektronische uitwisseling van gegevens (aan de hand van afbeelding 4). Alle actoren konden duidelijk aangeven voor welke informatie-uitwisseling in de perinatale zorgketen zij verantwoordelijk waren. Deze vraag was een in feite een inzicht en verantwoordelijkheidsvraag.

Vraag 9 Strategische ICT-stellingname in relatie tot de Informatie-uitwisseling in de perinatale zorgketen



Grafiek 9 Respons Case 3 - Vraag 9

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: Zorgstandaard kwaliteitssystemen is belangrijk. Het is in feite een grote kwaliteitsslag waarbij het gaat om goede en tijdige informatie.

Cat. 49 Interne communicatie: totaal 2 van 4

Cat. 50 Terugkoppeling van 2e/3e lijn zorg: totaal 3 van 4

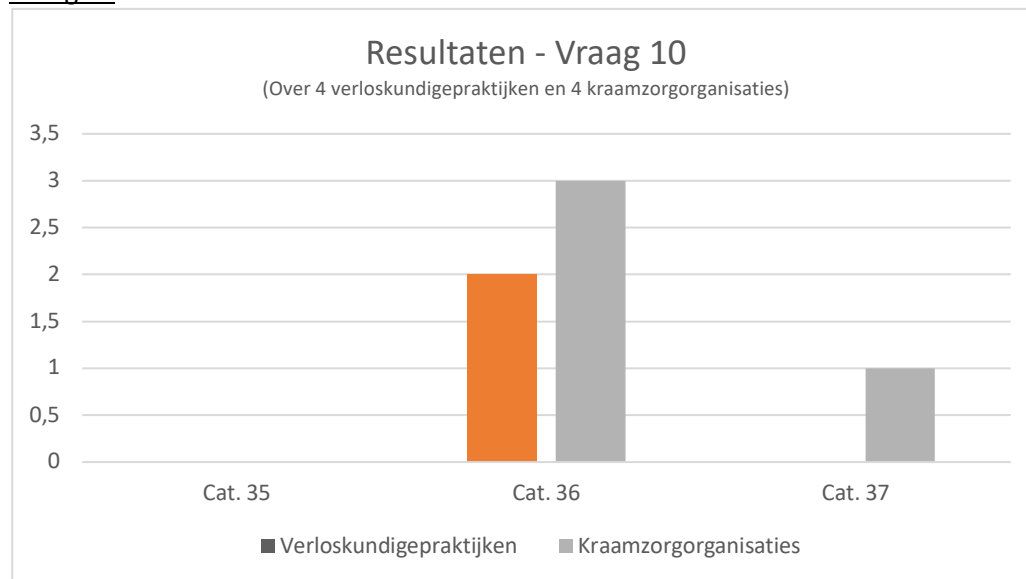
Cat. 51 Optimalisatie overdracht: totaal 2 van 4

Cat. 52 Overdracht naar de kraamzorg niet digitaal: totaal 1 van 4

Resultaten vraag 9

Strategische ICT-stellingname in relatie tot de Informatie-uitwisseling in de perinatale zorgketen: Aan de hand van afbeelding 4 gaven drie van de vier actoren aan dat de terugkoppeling van de 2e/3e lijn zorg optimalisatie verdient. Maar ook de overdracht naar de JGZ, die niet digitaal is, zou verbeterd en gedigitaliseerd moeten. Ook de interne communicatie speelt parten in de informatie-uitwisseling. Voor het vastleggen van de interne communicatie bestaat duidelijk nog geen goede structuur. Dit wordt veroorzaakt door het complexe karakter van de communicatielijnen. Perined vat het goed samen door aan te geven dat het een grote kwaliteitsslag is waarbij het gaat om goede en tijdige informatie. Ook geeft het aan dat de verloskundigenpraktijken een duidelijk inzicht hebben in hoe het loopt en wat ICT strategisch gezien een verbetering zal geven in de toekomst.

Vraag 10



Grafiek 10 Respons Mapping - Vraag 10

Toelichting:

Perined keuze en motivatie: De Perined Geboortegewicht percentielen. Dit zijn apps die zichzelf ondersteunen.

Cat. 35 Geen van de actoren gebruiken apps.

Cat. 36 Advies met betrekking tot apps van een 3e partij naar de klant: totaal 5 van 8

Cat. 37 Informatie via intern systeem bij inschrijving: totaal 1 van 8

Resultaten vraag 10

Naast meetinstrumenten zijn er ook apps die gebruikt kunnen worden binnen de perinatale zorg. Deze apps werden door geen enkele actor binnen de onderzoeksgroep gebruikt. Perined gaf wel aan dat de app Geboortegewicht percentielen ontwikkeld te hebben. Deze app is vrij te verkrijgen op de app store. Geen van de actoren heeft hier echter aan gerefereerd. Wel worden aan de cliënten apps van andere derde partijen geadviseerd.

Bijlage 3 DCM ReproQ spreadsheet

Informatiemodel	Vraag/Concept	DCM-Code	DCM-Codes	DCM-de KNOV	CQI	Ev-1	Ev-2	Ev-3	SSF	NA
		Vrg. Nr.	Vrg. Nr.	Vrg. Nr.		Vrg. Nr.	Vrg. Nr.	Vrg. Nr.	Vrg. Nr.	
1	Uw zwangerschap	Controles tot nu toe	Control	ReproQdata	CD	38				30
2	Uw zwangerschap	Controles tot nu toe	Control	ReproQdata	CD					30
3	Uw zwangerschap	Controles tot nu toe	Control	ReproQdata	CD	38				30
4	Uw zwangerschap	Eerste verloskundige	Eerste	ReproQdata	CD		14, 15	14, 15		30
5	Uw zwangerschap	Meeste controles 14	Meeste	ReproQdata	CD		14, 15	14, 15		30
6	Uw zwangerschap	Meeste controles 24	Meeste	ReproQdata	CD		14, 15	14, 15		30
7	Uw bevalling en het k	Aantal dagen opnam	Aantal	ReproQdata	INT					1
8	Uw bevalling en het k	Aantal uur kraamzorg	Aantal	ReproQdata	INT	3	7, 8, 19		7	
9	Uw bevalling en het k	Extra uren kraamzorg	Extra	u	ReproQdata	BL				1
10	Uw bevalling en het k	Pijnstilling tijdens de	Pijnstil	SnomedCT	BL					1
11	Uw bevalling en het k	Vervolgbevalling	Vervolg	Bevalling	CD					1
12	Uw bevalling en het k	ZorgverlenerBevall	Zorgverl		CD					1
13	Uw bevalling en het k	WerkelijkePlaatsBar	Werkel		CD			5	11	
14	Uw bevalling en het k	BeginBevalling	BeginB		CD					16
15	Uw bevalling en het k	TijdstipStartbevalling	Tijdstip		CD					16
16	Uw bevalling en het k	DagBevalling	DagBev		CD	2				
17	Uw bevalling en het k	WijzeGeboorte	WijzeG		CD					1
18	Uw bevalling en het k	Begleiding bij gebo	Begleide	ReproQdata	CD	41		13		
19	Uw bevalling en het k	Begleiding bij gebo	Begleide	ReproQdata	CD	44		13		
20	Uw bevalling en het k	ZorgverlenerBevall	Zorgverl		CD		13			
23	Uw bevalling en het k	Hoe baby geboren	Hoe ba	SnomedCT	CD					
24	Uw bevalling en het k	Plaats baby geboren	Plaats	SnomedCT	CD					1
25	Uw bevalling en het k	Plaats begin bevalling	Plaats	ReproQdata	CD					1
26	Uw bevalling en het k	Snood naar ziekenhu	Snood	ReproQdata	BL					9
27	Uw bevalling en het k	Tijdstip bevalling	Tijdstip	ReproQdata	CD					16
28	Uw bevalling en het k	Verwachte plaats be	Verwac	Perinatology	CD					1
29	Uw bevalling en het k	Verwachting bij wie	Verwac	ReproQdata	CD					1
30	Uw bevalling en het k	Hoeveel dagen kraai	Aantal	ReproQdata	INT	7, 8, 19				
31	Uw gezondheid en die	Hoe gezond was u	Gezond	ReproQdata	CD					1
32	Uw gezondheid en die	Waarom moest uw l	ifeden	ReproQdata	CD					1
33	Uw gezondheid en die	Reden opname moe	Reden	ReproQdata	CD					1
34	Uw gezondheid en die	Na gaat het over u	Gezond	ReproQdata	CD					1
35	Uw gezondheid en die	Moest u in de eerste	Eerste	ReproQdata	BL					1
36	Uw gezondheid en die	Waarom moest u na	Opnam	ReproQdata	BL					1
37	Omgang tussen u en	Alles vertellen in de	Alles ve	ReproQdata	CD					1
38	Omgang tussen u en	Alles vertellen tijdens	Alles ve	ReproQdata	CD					1
39	Omgang tussen u en	Persoonlijke aanda	Persoo	ReproQdata	CD	16, 45, 46	30, 32			
40	Omgang tussen u en	Persoonlijke aanda	Persoo	ReproQdata	CD	36, 37	30, 32			
41	Omgang tussen u en	Privacy in de dagen	Privacy	ReproQdata	CD					1
42	Omgang tussen u en	Privacy tijdens de b	Privacy	ReproQdata	CD					1
43	Omgang tussen u en	Respect in de dagen	Respec	ReproQdata	CD		31			
45	Omgang tussen u en	Respect tijdens de b	Respec	ReproQdata	CD		31			
46	Omgang tussen u en	Vriendin tijdens de	dagVriendi	ReproQdata	CD		29			
47	Omgang tussen u en	Vriendin tijdens de	Vriendi	ReproQdata	CD		22			
48	Omgang tussen u en	Wensen en gebruikte	Wense	ReproQdata	CD	24, 25, 26, 27	16, 17, 18, 21	16		
49	Omgang tussen u en	Wensen en gebruikte	Wense	ReproQdata	CD		16, 17, 18, 21	16		
50	Zelf kunnen beslissen	Behandeling in de d	ibehanc	ReproQdata	CD	22	49			
51	Zelf kunnen beslissen	Behandeling tijdens	Behanc	ReproQdata	CD	22				
52	Zelf kunnen beslissen	Besliste u mee over	Pijnbe	ReproQdata	CD	22, 32				
53	Zelf kunnen beslissen	Heveel invloed had	Geboor	ReproQdata	CD	22, 31				
54	Zelf kunnen beslissen	Weigeren behand	Weiger	ReproQdata	CD	22				
55	Zelf kunnen beslissen	Heveel behandeld	Weiger	ReproQdata	CD	22			25, 35, 36	
56	Privacy	Belangrijke zaken i	Belang	ReproQdata	CD			19		
57	Privacy	Belangrijke zaken ti	Belang	ReproQdata	CD			19		
58	Privacy	Medische gegevens	IMedic	ReproQdata	CD	19		19		
59	Privacy	Medische gegevens	IMedic	ReproQdata	CD	19		19		
60	Privacy	Medische situatie i	Medic	ReproQdata	CD	19		19		
61	Privacy	Medische situatie ti	Medic	ReproQdata	CD	19		19		
62	Praten met uw zorgv	Gebeuren vertellen	Gebeur	ReproQdata	CD					2
63	Praten met uw zorgv	Begrijpen uitleg tie	Begrijp	ReproQdata	CD	30	28			2
64	Praten met uw zorgv	Begrijpen uitleg in	deBegr	ReproQdata	CD		28			2
65	Praten met uw zorgv	Adviezen in de dage	Adviez	ReproQdata	CD	21	24, 25, 26, 27	16, 17, 18, 21	24, 25, 26, 27, 33	28
66	Praten met uw zorgv	Adviezen tijdens de	Adviez	ReproQdata	CD	21	16, 17, 18, 21	24, 25, 26, 27, 33	28	2
67	Praten met uw zorgv	Beantwoorden vrag	Beante	ReproQdata	CD	14	28	18	19	2
68	Praten met uw zorgv	Beantwoorden vrag	Beante	ReproQdata	CD	14	28	18	19	2
69	Praten met uw zorgv	Gebeuren vertellen	Gebeur	ReproQdata	CD					2
70	Tijd tot dat u hulp k	reeHulp indien dring	endHulp	inReproQdata	CD					20
71	Tijd tot dat u hulp k	reeHulp indien dring	endHulp	inReproQdata	CD	56	12			20
72	Tijd tot dat u hulp k	reeHulp indien niet	drinHulp	inReproQdata	CD					1
73	Tijd tot dat u hulp k	reeHulp indien niet	drinHulp	inReproQdata	CD					1
74	Tijd tot dat u hulp k	raamzorg in de dag	Kraam	PerinReproQdata	CD					
75	Tijd tot dat u hulp k	raamzorg tijdens de	Kraam	ReproQdata	CD		18			
76	Tijd tot dat u hulp k	reePlaats zorg bereik	Plaats	ReproQdata	CD					1
77	Tijd tot dat u hulp k	reePlaats zorg bereik	Plaats	ReproQdata	CD					1
78	Tijd tot dat u hulp k	reeTijd van zorgverle	enTijd var	ReproQdata	CD	15				
79	Tijd tot dat u hulp k	reeTijd van zorgverle	enTijd var	ReproQdata	CD	15				
80	Tijd tot dat u hulp k	reeZorgverleners bere	Zorgverl	ReproQdata	CD	53, 54	53	9		21
81	Tijd tot dat u hulp k	reeZorgverleners bere	Zorgverl	ReproQdata	CD	53, 54	53	9	11	
82	Gezin en huishouden	Betrokkenheid tijde	Betrokl	ReproQdata	CD	23	39		20	21
83	Gezin en huishouden	Betrokkenheid in de	Betrokl	ReproQdata	CD	23	39		20	21
84	Gezin en huishouden	Rekening houden ti	Rekeni	ReproQdata	CD	23				
85	Gezin en huishouden	Rekening houden in	Rekeni	ReproQdata	CD	23				
86	Gezin en huishouden	Steun in de dagen	Steun	inReproQdata	CD	23, 34		20		
87	Voorzieningen	Comfortabel tijden	Comfor	ReproQdata	CD	40, 41, 42		21, 22		
88	Voorzieningen	Comfortabel tijden	Comfor	ReproQdata	CD	40, 41, 42		21, 22		17
89	Voorzieningen	Schoon tijdens beva	Schoon	ReproQdata	CD	40, 41, 42		19	21, 23, 24	
90	Voorzieningen	Schoon tijdens kraa	Schoon	ReproQdata	CD	40, 41, 42		19	21, 23, 24	
91	Voorzieningen	Toegankelijkheid ti	Toegan	ReproQdata	CD					1
92	Voorzieningen	Toegankelijkheid ti	Toegan	ReproQdata	CD					1
93	Wissen van zorgverl	erBij verwijzing goe	dBij verv	ReproQdata	CD					1, 7, 8, 14, 17, 34
94	Wissen van zorgverl	erBij verwijzing goe	dBij verv	ReproQdata	CD					1, 7, 8, 14, 17, 34
95	Wissen van zorgverl	erGefinformeerd in de	Gefinfor	ReproQdata	CD					1, 7, 8, 14, 17, 34
96	Wissen van zorgverl	erGefinformeerd tijde	Gefinfor	ReproQdata	CD					1, 7, 8, 14, 17, 34
97	Wissen van zorgverl	erLeiding over zorg	inLeiding	ReproQdata	CD					1
98	Wissen van zorgverl	erLeiding over zorg	inLeiding	ReproQdata	CD					1
99	Wissen van zorgverl	erWenselijke zorgver	kWensel	ReproQdata	CD					1
100	Wissen van zorgverl	erWenselijke zorgver	kWensel	ReproQdata	CD					1
101	Overige vragen	Kende u voor de be	bekend	ReproQdata	CD					
102	Overige vragen	Hoe zou u over het	Gezond		CD	60				
103	Overige vragen	Welke 2 situaties v	ErGste	ReproQdata	CD					1
104	Overige vragen	Welke 2 situaties v	ErGste	ReproQdata	CD					1
105	Overige vragen	Hierna komt de laa	Ervarin	ReproQdata	CD					1
106	Overige vragen	Alles bij elkaar, hoe	Beschri	ReproQdata	PQ			26		
107	Eerdere ervaringen	Bent u eerder beval	Eerder	SnomedCT	BL					1
108	Eerdere ervaringen	Heeft u ooit een mi	Miskra	SnomedCT	BL					1
109	Eerdere ervaringen	Heeft u ooit een ab	Abort	SnomedCT	BL					1
110	Eerdere ervaringen	Heeft u ooit een ba	Overle	SnomedCT	CD					1
112	Eerdere ervaringen	Bent u eerder beval	Eerder	SnomedCT	CD					1
113	Eerdere ervaringen	Was deze zwangers	Bewust	ReproQdata	CD					1
114	Algemene gegevens	Wat is uw geboorte	Geboos	SnomedCT	ITS	64				
115	Algemene gegevens	Wat is uw postcode	Postco	HL7R2DT	A-ST				3	
116	Algemene gegevens	Wat is uw hoogst af	Opleid	SnomedCT	CD	65				
117	Algemene gegevens	Hoeveel jaar heeft u	Jaar On	ReproQdata	INT					1
118	Algemene gegevens	In welke plaats ston	Plaats	HL7R2DT	O-ST					1
119	Algemene gegevens	Bij welke verloskun	Naam	HL7R2DT	O-ST					1
120	Algemene gegevens	In welke plaats ston	Plaats	HL7R2DT	O-ST					1
121	Algemene gegevens	Bij welk ziekenhu	Naam	HL7R2DT	O-ST				14	
122	Algemene gegevens	Plaats ziekenhu	Plaats	ReproQdata	ST				12	
123	Algemene gegevens	Bij welk geboorteci	Naam	HL7R2DT	O-ST					1
124	Algemene gegevens	Naam kraamorganis	Naam	HL7R2DT	O-ST		2		4	5
125	Algemene gegevens	Etniciteit moeder	Etnicite	ReproQdata	CD	66				
126	Algemene gegevens	Etniciteit vader	Etnicite	ReproQdata	CD	67				
Matr					31	32	19	26	15	27

Bijlage 4 Uitwerking Interviewvragen

Resultaten Interviews

Verloskundigen:

Praktijk 1

1. Ja. De kraamzorg zijn de ogen en handen. Als verloskundige zijn we er maar 20 a 30 minuten. De kraamzorg levert het werk en kan andere zaken constateren zoals huiselijk geweld.
2. F, C en A. Er is geen elektronisch dossier waarin je kan samenwerken met de 2^e lijnszorg. Voor Alkmaar en Den Helder is dit echt een speerpunt. Ook is het een autorisatieprobleem omdat niet elk document is in te zien. Daarnaast hebben we geen ICT-programma waarmee we inzicht kunnen krijgen. Wel kunnen we met toestemming echo's vanuit de tweedelijnszorg inzien.
3. Nee. Wij leveren geen kraamzorg en maken dus geen gebruik van de CQ-index. Wel gebruiken we evaluatieformulieren die vanuit de beroepsgroep, KNOV worden geleverd. Deze stuur ik u nog wel op (zie bijlage). Composible regelt de ICT zodat deze ook geautomatiseerd afgenomen kunnen worden.
4. Ja zie vraag 4
5. Daar zijn wij niet van op de hoogte. De kwaliteit van de kraamzorg wordt gemeten via de beroepsvereniging en er wordt gekeken naar de cliënt ervaringen.
6. Heel Goed! Wij zijn hier de praktijk zelf ook mee bezig: A, in hoeverre worden afspraken nagekomen, B, klopt het wat er in het dossier staat, is alles goed overgedragen en mist er niets.
7. De kraamzorg vult het overdrachtsformulier in. Ja dit is een kwalitatieve bijdrage aan de perinatale zorg. Dit gebeurt schriftelijk in het document. Het document blijft achter bij de cliënt. Na een paar dagen wordt dit document opgehaald door de JGZ. Bij bijzonderheden wordt dit met de verloskundige besproken en aangevuld in het document. Gevoelige zaken vinden doorgaans ook telefonisch middels een warme overdracht plaats. Alles binnen de overdracht hangt af van hoe goed je het gezin kent en wat je is opgevallen. Dit verschilt echt per kraamzorg.
8. Overdracht JGZ. Overdracht naar de 2^e/3^e Lijns zorg. Gegevens aanleveren terugrapportage naar het RIVM
9. De overdrachten lopen goed. Wel is het zo dat ons vaak uit kleine stukjes zorg onderling tussen de zorgverleners bestaat. Dit komt omdat er zoveel taken zijn. Taken die je als het ware in verschillende hokjes kan plaatsen maar door dat het er zo veel zijn wordt het een complex geheel. Voor elke taak zou dan weer een protocol moeten zijn maar dat zal je uiteindelijk ook weer beperken.
10. Nee niet voor medische zaken. We zijn wel in contact met een bedrijf dat zich hier mee bezig houdt. Dan praat je meer over echobeelden die leuk zijn voor de familie. Deze echo's zitten natuurlijk ook al bij het materiaal dat aan Perined wordt geleverd. Wij adviseren de cliënten wel de app *Mijn verloskundige*. Dit is een laagdrempelige app met handige tips.

Praktijk 2

1. Nee. Het zal meer representatief worden voor de praktijk. Ook zal het meer inzicht geven zowel medisch als praktisch.
2. Het persoonlijk webdossier vind ik heel belangrijk. In dat opzicht zijn de opties F, C en E voor mij het meest voor de hand liggend.
3. Nee geen vragenlijsten ook geen evaluatie. Het wordt mondeling met de cliënt besproken maar niet vastgelegd.

4. Nee
5. Ja. Omdat zwangerschapsbegeleiding tot aan de zorg met zwangerschapsgegevens kan een goede bijdrage leveren aan de kwaliteit van de perinatale zorg.
6. Ja. De cliënt weet bij ze moet zijn. Dat er gecommuniceerd wordt wat voor een problemen er zijn eh hoe het opgelost moet worden. Het is belangrijk dat met men van elkaar weet wat er speelt
7. Nee. Dat doet de kraamzorg. In geval bijzonderheden is er wel contact. In die hoedanigheid is er een overdracht naar de kraamzorg. Eventueel in overleg met het consultatiebureau. Dit wordt niet schriftelijk vastgelegd
8. 1,2,3,4,5
9. De terugkoppeling 2/3 lijnszorg. Het soms niet duidelijk wie de zorg heeft verleend. Soms blijkt het dat bepaalde gegevens niet zijn doorgekomen via de fax. De fax is verstuurd maar deze is bij de 2/3 lijnszorg niet terug te vinden. Deze vorm van miscommunicatie geeft dan een vertraging op die stotend is. In dat opzicht denk ik wel dat de overdracht te optimaliseren is.
10. Nee worden geen apps gebruikt of aanbevolen bij de cliënten.

Praktijk 3

1. Ja. Ook na de bevalling komen er psychische en medische klachten voor. Als deze beter geregistreerd worden en opgeslagen dan kan beter nagegaan worden waar de problemen waren en/of die tot klachten of andere problemen hebben geleid.
2. A,D,E,F. We zien dat bepaalde informatie over een cliënt niet wordt opgeschreven. Of dat er iets op een memo wordt gezet dat niet is terug te vinden. Het komt ook voor dat de informatie opnieuw wordt opgeschreven of dat een ander beleid t.o.v. de informatie wordt toegepast. Het blijft een probleem; het niet kunnen terugvinden van de gegevens. Ook zien we dat als er weinig vertrouwen is van de ene partij naar de andere dat maar de helft wordt overgedragen.
3. Nee. Dat doet de kraamzorg
4. Nee. Geen redenen. De mensen zijn redelijk assertief. Nuchtere mensen. We wordt hier mondeling geëvalueerd. Dit wordt echter niet opgeschreven en verwerkt.
5. Geen mening
6. Belangrij. Communicatie is erg belangrijk tussen de verschillende afdelingen. Bij slechte communicatie ontstaan problemen.
7. Doen wij niet. Dat doet de kraamzorg
8. Alles vanuit de eerstelijnszorg.
9. Overdracht van de 2/3 e lijn naar de kraamzorg gaat niet goed. Als er problemen zijn in de kraamzorg weten de verloskundigen vaak wel wat er aan de hand is. Wij kunnen dan bijvoorbeeld een meer ervaren kraamzorg naar het gezin sturen. De 2/3 lijn heeft deze ervaring en inzicht niet. Zij komen dan ook niet tot dit soort oplossingen. Deze communicatielijns zou wat ons betreft verbeterd mogen worden.
10. Wij gebruiken de app met de richtlijnen vanuit de regio. Voor de cliënten hebben wij geen app.

Praktijk 4

1. Ja. Dat geldt dan wel voor het totale plaatje. Wij als verloskundigen zijn medisch betrokken bij de kraamzorgperiode met betrekking tot reproQ. De kraamzorg meer voor het psychische en fysieke hulp gedeelte.
2. ACG. Verslaglegging is erg belangrijk. Wij maken nu mee dat er dubbel werk is doordat bij overdracht van een elektronisch dossier toch de gegevens weer overgeschreven moeten worden.
3. Nee dat doet de kraamzorg. Toch zou het mooi zijn als de alle gegevens zij elkaar komen en inzichtelijk zijn zoals in de integrale geboortezorg.
4. Ja. Een keer per jaar evaluatieformulier. Ook hebben we meegedaan aan een onderzoek met de ReproQ

5. Ja. De kraamzorg is onderdeel van de integrale geboorte zorg, als het ware als een grote organisatie. Daar maakt de periodiek kwaliteitsmeting in de kraamzorg onderdeel van uit. In dat opzicht zal dit ook een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de perinatale zorg.
6. Goed. Belangrijk maar wat hier gevraagd wordt staat ook in de zorgstandaard integrale geboortezorg. Zie ook de KNOV:
http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/2564/file/Zorgstandaard_Integrale_Geboortezorg_1_28_juni_20161.pdf?download_category=richtlijnen-praktijkaarten. Belangrijke onderdelen; Mening van de cliënt, coördineren zorgverlener, vast aanspreekpunt en hoe deze te bereiken is. Vast aanspreekpunt wordt ook wel de casemanager genoemd.
7. Ja. Dit doen wij ook wel in bijzondere gevallen. Ook wordt in een gesprek met de JGZ bepaalde zaken besproken alleen komt een verslag van dit gesprek niet mee in het overdrachtsformulier.
8. 12345, Het hele plaatje. Bij overdracht naar de 2/3^e lijnszorg vervalt de verantwoordelijkheid.
9. De overdracht van de kraamzorg wordt overschreven: Zij schrijven en wij doen het digitaal. Ook de JGZ doet niets digitaal. Dit zou veel schelen als ze het wel digitaal zouden doen. Bij de 2^e lijn zorg wordt ook gebeld bij de overdracht. De 3^e lijn zorg komt pas na ongeveer twee weken met de papieren maar de overdracht naar de JGZ heeft dan al plaats gevonden. Met deze papieren valt dan nog weinig te doen. De 3^e lijn zorg is hier erg traag mee.
10. Nee.

Kraamzorg:

Praktijk 1

1. Ja. Het integreren van kraamzorgdata middels de ReproQ bij Perined met de reeds bestaande perinatale dataregistratie vind ik een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Immers we vullen ook de kwaliteit uitvraag in wat een beeld geeft over hoe de branche bezig is met kwaliteitsverbetering en bevordering.
2. ACG. Onderling communicatie daar valt of staat alles mee. Deze vraag kan ik niet op feiten invullen, maar gevoelsmatig denk ik dat er nog iets te verbeteren is betreft punt C en G. Dit baseer ik meer op de domeinstrijden dit ik om mij heen zie gebeuren in bv. VSV's wat van invloed kan zijn op de kwaliteit van de onderlinge communicatie.
3. De vragenlijst 'Ervaringen met de kraamzorg' CQ-index Kraamzorg gebruiken wij. Deze vragen hebben wij opgenomen in de tussenevaluatie, tweede evaluatie en de eindevaluatie. De eerste twee evaluatiegesprekken vinden telefonisch plaats a.d.h.v. een digitale vragenlijst, waarvan de antwoorden worden gebundeld. De eindevaluatie wordt digitaal toegestuurd aan de cliënt en de gegevens worden gebundeld. Klachten worden eruit gefilterd door de klachtenfunctionaris waar vervolgens actie op wordt ondernomen. Klachten worden geregistreerd in ons klachtenregistratiesysteem.
4. Cliëntenpanel en bovenstaande evaluatie vragenlijsten worden wekelijks gescreend en uiteindelijk de bevindingen opgenomen in de management review en/of PRI. De eigen evaluatie is afgeleid van de CQI en is gekoppeld aan een klachtenformulier. Bij bepaalde waarde wordt contact opgenomen met de cliënt. De informatie wordt ook gebruikt voor interne benchmarking. Er zijn drie momenten van evaluatie. De vragen bevatten ook openvragen.
5. Ja Protocollen. De kraamzorg zijn de ogen en oren van de verloskundigen en dat wordt erg onderschat.
6. Ja. Betere communicatie en het voorkomen van fouten
7. Ja. Het (warme) overdrachtsformulier wordt zowel digitaal als in de papieren versie ingevuld door de kraamverzorgende. Bij een niet pluisgevoel wordt veilig thuis ingeschakeld. Dan gaat er een procedure lopen waarbij een apart formulier wordt ingevuld. Ook hebben wij een eigen overdrachtsformulier naast het formulier dat voor de JGZ wordt gebruikt. Deze is voor intern gebruik. Overigens wordt het bij het formulier van veilig thuis ook de JGZ betrokken.
8. 1367. Wij doen ook de kraamzorg in de Ronald Mac Donald huizen en zijn daardoor ook

betrokken bij de 2^e en 3^e lijn zorg. Het

9. Wederzijds vertrouwen. Meer waarde voor de cliënt zelf. Resultaten vanuit de perinatale audit kan verder vertaald worden naar verbeterpunten: 1. Naar de ketenpartners en 2. de zorgverzekeraars.
10. Bedoel hiermee de groei-App van de GGD? We informeren de kraamvrouw wel over de meerwaarde van deze App, doch is het niet te controleren of de kraamvrouw het ook gebruikt.

Praktijk 2

1. Jazeker. Op deze manier kan je het belang van de kraamzorg aantonen en laten zien hoe goed je het als kraamzorg doet. Ook is dit een manier om het bestaan van de kraamzorg te verzekeren. Nu is de kraamzorg een basis zorg en ligt het onder vuur. Dat maakt het onzeker.
2. CDEF. Er Wij hebben op dit moment geen systeem voor digitale overdracht. Het zou mooi zijn als je op basis van een BSN-nummer of een code in een digitaal systeem naar een de gegevens van een klant zou kunnen kijken om te zien of er bijzonderheden zijn die je zou moeten weten. Dit geeft een betere ondersteuning door op de hoogte te zijn van de achtergrond van de cliënt. Dit geldt ook als je een intake hebt. Hier zou je in het systeem goed moeten kunnen zien wat voor haar van belang bij b.v. de keuze van de kraamzorg. Ook is het beter bij de overdracht naar JGZ. Wij hebben geen digitaal dossier, wel hebben wij zorgmail. Deze kan je gebruiken bij zorgvragen naar de Verloskundige. Deze mail is echter het afgelopen jaar slechts een keer gebruikt.
3. Ja. Bij Triqs. Dit gaat niet goed. Het zijn wel 86 vragen voor de cliënt en dat is te veel. We zijn al twee jaar bezig om het cijfer te krijgen dat we op de website willen zetten. We zijn hier niet tevreden mee.
4. Ja. We gebruiken monitoringssysteem voor de borstvoeding om te zien of alles goed gaat en er geen complicaties zijn. Ook maken onze leden gebruik van software van Dinz. Met deze software kunnen evaluaties gemaakt worden, kan de boekhouding, administratie worden gedaan, informatie over de borstvoeding worden ingegeven, etc. Aan het eind van het jaar kan een overzicht gemaakt worden van de het totaal van de afzonderlijke leden qua uren, etc.
5. Ja. Hoe meer informatie je koppelt des te meer conclusies kan je trekken.
6. Heel blij mee. Wisseling komt bij ons minimaal voor maar meten is weten.
7. Jazeker!! Wij hebben de afspraak gemaakt dat het overdrachtsformulier voor in het zorgboekje wordt gedaan. Met de cliënt wordt ook vooraf toestemming gevraagd of bepaalde privacygegevens bij bijzonderheden mogen worden beschreven in het document. Als dit niet mogelijk is wordt ook wel een warme overdracht gedaan met de verloskundige. De wijkverpleegkundige van het consultatiebureau neemt het formulier tijdens de intake in ontvangst. Als men het vermoeden heeft dat het nodig is wordt ook de dvd getoond om te waarschuwen voor het schudden syndroom. JGZ kan niet zien via het formulier of dat ook gebeurd is. In dat soort gevallen wordt de verloskundige en het consultatiebureau op de hoogte gesteld
8. 1, Er is geen overdracht van de verloskundigen naar de kraamzorg.
9. Integrale geboortezorg. Als de verloskundige tijd voorbij is bij b.v. thuis bevallen, dan moet er een overdracht plaatsvinden tussen verloskundige en kraamzorg. Dit geldt ook voor de kraamzorg. Als deze voorbij is moet er ook een overdracht plaatsvinden tussen kraamzorg en JGZ. Deze overdracht zou dan digitaal of via de zorgmail moeten plaatsvinden.
10. Van de verzekeraar zijn we verplicht de cliënt op de hoogte te brengen van de app op slimmerzwanger.nl

Praktijk 3

1. Enerzijds Ja. Voor de overkoepelende perinatale zorg wel. Anderzijds voor de eigen organisatie, nee. De ReproQ is lang en de vragen zijn niet altijd consequent. Voor de eigen organisatie is er niets wat je eruit kunt halen/gebruiken voor inhoudelijk kwaliteitsonderzoek.
2. ACG. Het is belangrijk om een overkoepelend dossier te hebben. In dit dossier moet dan automatisch weergegeven worden wat voor mij van belang is voor deze klant op autorisatieniveau.

Nu krijgen wij bijvoorbeeld intern automatisch weergegeven wanneer er een warme overdracht moet plaatsvinden. Dit is via de organisatie geformuleerd volgens criteria op regionaal en landelijk niveau.

3. Nee. Nu niet meer. We gebruiken nu een vragenlijst die op drie moment wordt toegepast binnen onze kraamzorg. Belangrijk hierbij zijn. Wat vindt de klant, plannen en zorg verlenen.
4. Ja. Evaluatieformulieren en er zijn vragenlijsten voor 1 klantenpanel, 2 niet klantenpanels en 3 de ketenpartners.
5. Zie vaag 1. Wel positief mits er consequenties zijn aan het al dan niet invoeren. Als het vrijblijvend of halfbakken is dan heeft het geen waarde of zin.
6. Goed. C is niet eenduidig en mag concreter. Het is ook afhankelijk wie de zorg verleend.
7. Goed. Zit in het zorgdossier. Aan het eind van de kraamzorg blijft het origineel bij de klant en de doordrukkopie gaat naar het zorgdossier van de kraamzorg. Er is geen terugkoppeling van JGZ.
8. Eerstelijns overdracht naar de JGZ.
9. Veel meer en duidelijker manier communiceren. Dus communiceren onafhankelijk van de persoon hoe de overdracht plaatsvindt. Als het faalt is het puur op basis van menselijke factoren.
10. Geen apps. Wel wordt er via de website als de klant is ingeschreven, op maat gemaakte informatie verstrekt.

Praktijk 4

1. Ja. Wel moet er nog wat aan de ReproQ worden gedaan. Het zijn teveel vragen. Ik zou al bij 36 afhaken.
2. BCF. B: omdat diagnostiek van levensbelang is. Daarnaast is communicatie ook erg belangrijk.
3. Ja. Op dit moment mee bezig. We weten dat het niet meer verplicht is maar toch blijven we er mee bezig omdat het dieper in gaat op de onderwerpen en het ook makkelijk is voor de benchmarking.
4. Klantevredenheidsonderzoek, enquêtes en natuurlijk de CQI. Triqs verzorgt de CQI.
5. Ja. Echter niet van toepassing op alle gegevens. Niet alles zou relevant zijn voor de database van Perined.
6. Informatie is wel belangrijk. Het is de vraag of het uiteindelijk geeft wat je zoekt. Factor tijd is erg belangrijk en bij een spoedgeval gaat de wisseling/overdracht toch anders als er veel tijd is. De kraamzorg zou in dat opzicht nog wat kunnen leren van de ambulancedienst.
7. Ja. Op papier. Origineel gaat via de klant naar de JGZ. Wij houden een schaduw file met in het archief.
8. Overdracht JGZ en gegevens aanleveren terugrapportage (ZIZO/Desam)
9. Overdracht naar de JGZ verbeteren. Intake met verloskundige. Geen terugkoppeling van JGZ. Overdracht van 2^e en 3^e lijn is nu ook warme overdracht, staat in MOSOS (BMA) Kraamzorg gaat via ISK. Deze twee protocollen communiceren niet.
10. Nee. Er worden wel apps geadviseerd.

Perined

1. Ja de kraamzorg komt bij de mensen thuis en heeft nauwer contact met de cliënt. Er zijn verschillende kraamdata. Data dat op dit moment al geïntegreerd wordt zijn borstvoedingsindicatoren.
2. Er gebeuren en hoop goede dingen. Bij de onderlinge ICT gebeurt van alles om het optimaal te laten lopen en.
 - a. Communicatie wordt beter. Integrale geboortezorg is hier een prioriteit. De knelpunten liggen niet bij de kraamzorg maar elders. Ze zitten in het acute proces verloskundigen—gynaecologen.
 - b. Zie antwoord A maar ook hier speelt dat minder voor de kraamzorg.
 - c. Eenheid van taal heeft de prioriteit. Zorg wordt gemeten op drie niveaus, zorgstandaarden, meetinstrumenten en PWD.
 - d. Oplossing integrale geboortezorg. De hokjes zullen verdwijnen maar er komen meer

groepen. Een zorgdossier voor iedereen toegankelijk op basis van autorisatie.

Documentatie en ICT: vertrouwen in elkaar, verkeerde verslaglegging, gegevens ontbreken. Case met ziekenhuizen die nieuwe ICT-systemen laten ontwikkelen waarbij problemen ontstaan en gegevens verdwijnen.

- e. Geen goede verslaglegging. Zie D
 - f. Kan weg
 - g. Robuuste controle aan de voorkant om de ergste fouten te voorkomen. Psychologie is de grootste gemene deler. Mens---communicatie (hoe stop je het er in) ---communicatie tussen systemen.
3. De vervanging moet nog komen
 4. Ja. Zwangerwijzer is door ons overgenomen van het Erasmus MC en Erfocentrum. Bij integrale geboortezorg moeten de partijen samen werken maar wij merken dat er ook angst regeert om samen te werken.
 5. Moet! Indicatoren me te grote noemer geeft vervaging. Indicatoren zijn gebaseerd op regionale/of organisaties. Als et goed is zit alles in het integrale geboortezorg systeem.
 6. Dit heeft te maken met keuzevrijheid. Ook zijn noodsituaties andere communicatievormen van belang.
 7. Nee. Dit is meer van belang voor de Jeugdzorg
 8. Helemaal!
 9. Zorgstandaard kwaliteitssystemen. Een grote kwaliteitsslag: Goede en tijdige informatie
 10. Perined Geboortegewicht percentielen. Dit zijn apps die zichzelf ondersteunen

Overige informatie van Perined

ICT:

Het International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) is op dit moment ook bezit met een monitoringsysteem in de perinatale zorg. De methodiek die het ICHOM gebruikt is gebaseerd op vijf meetmomenten in de perinatale zorg. De ReproQ daarentegen heeft drie meetmomenten. Ten tijde van het interview bestond nog geen duidelijkheid welke monitoring gebruikt zal gaan worden.

Ook worden gesignaleerd dat de 2^e en 3^e lijnszorg niet schromen om ICT-systeem geheel nieuw te ontwikkelen. In een aantal cases wordt uitgelegd hoe dat fout kan gaan. De gevolgen voor verandering in de ICT hebben vaak gevolg voor de datamonitoring. Zo kan er vertraging optreden maar ook komt het voor dat periodes in de monitoring missen. Dit geeft dan een onvolledigheid van gegevens voor Perined. Het staat de 2^e en 3^e lijn zorg vrij om te wisselen van ICT-systemen en dienstverlener. Standaard wordt gebruik gemaakt van BMA-software. BMA heeft met MOSOS veel ervaring en kennis heeft opgebouwd. Dat is anders als je geheel opnieuw begint met het opbouwen van een ICT –systeem.

Verloskundigen					
Cat. nr.	Categorie	I	II	III	IV
	Vraag 1				
1	Ja	x		x	x
2	Betrokkenheid kraamzorg	x			x
3	Kraamzorg gerelateerde werkzaamheden	x			
4	Constateren klachten, problemen, huiselijk geweld etc. door kraamzorg	x		x	
5	Betere registratie psychische en medische klachten		x	x	x
	Vraag 3				
6	Ja				
7	Niet relevant	x	x	x	x
8	Andere methode	x	x		

	Vraag 5				
9	Ja	x	x		x
10	Belang integrale geboortezorg		x		x
11	Vragen niet allemaal relevant				
	Vraag 6				
12	Goed	x	x	x	x
13	Reeds vermeld in Zorgstandaard KNOV				x
14	Belang communicatie	x	x	x	
15	Belang documentatie en dossier	x			
16	Nakomen afspraken	x			
17	Verificatie gegevens	x			
18	Afhankelijk van zorgverlener				
	Vraag 7				
19	Ja	x		x	x
20	Door de kraamzorg	x	x	x	x
21	In bijzonder gevallen ook door de Verloskundige				x
22	Warme overdracht	x			
23	Geen digitale overdracht naar JGZ	x	x		
24	Overdrachtsformulier bevat niet alle communicatie				x
25	Geen terugkoppeling van JGZ				

Kraamzorg					
Cat. nr.	Categorie	I	II	III	IV
	Vraag 1				
1	Ja/nee	x	x	x	x
2	Betrokkenheid kraamzorg	x	x	x	
3	Kraamzorg gerelateerde werkzaamheden				
4	Constateren klachten, problemen, huiselijk geweld etc. door kraamzorg				
5	Betere registratie psychische en medische klachten				
	Vraag 3				
6	Ja/nee	x	x		
7	Niet relevant				
8	Andere methode	x	x	x	
	Vraag 5				
9	Ja	x	x	x	x
10	Belang integrale geboortezorg				
11	Vragen niet allemaal relevant				x
	Vraag 6				
12	Goed	x	x	x	x
13	Reeds vermeld in Zorgstandaard KNOV				
14	Belang communicatie	x			x
15	Belang documentatie en dossier				
16	Nakomen afspraken				
17	Verificatie gegevens	x			
18	Afhankelijk van zorgverlener			x	
	Vraag 7				

19	Ja	x	x	x	x
20	Door de kraamzorg	x	x	x	
21	In bijzonder gevallen ook door de Verloskundige				
22	Warme overdracht	x	x		
23	Geen digitale overdracht naar JGZ		x	x	x
24	Overdrachtsformulier bevat niet alle communicatie	x		x	
25	Geen terugkoppeling van JGZ			x	

Verloskundigen					
Cat. nr.	Categorie	I	II	III	IV
	Vraag 3				
26	Ja				
27	Niet relevant	x	x	x	x
28	Andere methode		x	x	
	Vraag 4				
29	Ja	x			x
30	Evaluatieformulieren	x			x
31	Klachtenformulieren				
32	Meerdere evaluaties	x			x
33	Cliëntenpanel				
34	Borstvoeding monitoring				
	Vraag 10				
35	Ja				
36	Advies naar apps 3 ^e partij	x	x		
37	Informatie via intern systeem bij inschrijving				

Kraamzorg					
Cat. nr.	Categorie	I	II	III	IV
	Vraag 3				
26	Ja	x	x		x
27	Niet relevant				
28	Andere methode	x	x	x	
	Vraag 4				
29	Ja	x	x	x	x
30	Evaluatieformulieren	x	x	x	x
31	Klachtenformulieren	x			
32	Meerdere evaluaties	x	x	x	
33	Cliëntenpanel	x		x	
34	Borstvoeding monitoring		x		
	Vraag 10				
35	Ja				
36	Advies naar apps 3 ^e partij	x	x		x
37	Informatie via intern systeem bij inschrijving			x	

Verloskundigen					
Cat. nr.		I	II	III	IV
	Vraag 2				
38	Keuze lijst	ACF	CEF	ADEF	ACG
39	Autorisatie issue	x			
40	Vertrouwenskwestie			x	
41	Belang elektronisch dossiervorming		x		x
42	Gegevens niet terug te vinden			x	
	Vraag 8				
43	Ja! verantwoordelijkheid bekend	x	x	x	x
44	<i>Informatielijn 1</i>	x	x	x	x
45	<i>Informatielijn 2</i>	x	x	x	x
46	<i>Informatielijn 3</i>	x	x	x	x
47	<i>Informatielijn 4</i>		x	x	x
48	<i>Informatielijn 5</i>		x	x	x
	Vraag 9				
49	Interne communicatie	x		x	
50	Terugkoppeling van 2 ^e /3 ^e lijn zorg		x	x	x
51	Optimalisatie overdracht		x	x	
52	Overdracht naar de kraamzorg niet digitaal				x

Bijlage 5 Documentatie: Evaluatie- en vragenformulieren

Evaluatieformulier 1

1. Periode kraamzorg:
2. Naam kraamverzorgende(n):
3. Hoeveel uur kraamzorg heeft u ontvangen?
4. Hoe bent u bekend geworden met de Kraamzorgorganisatie?

Kunt u op een schaal van 0 t/m 5 aangeven wat uw mening is, waarbij:

0 = niet van toepassing of niet bekend

3 = voldoende

1 = sterk voor verbetering vatbaar

4 = goed

2 = voor verbetering vatbaar

5 = uitstekend

5. De website van de kraamzorgorganisatie
6. De informatiebrochure van de kraamzorgorganisatie
7. Het intakegesprek dat heeft plaatsgevonden
8. De mate van informatie omtrent de werkzaamheden van de kraamverzorgende
9. De bereikbaarheid van de kraamzorgorganisatie
10. De bejegening door onze medewerkers (niet kraamverzorgende)
11. De kraamzorgorganisatie als organisatie in het algemeen
12. Zou u dit kraambureau aanbevelen bij anderen
13. Assistentie bij de thuisbevalling (indien van toepassing)
14. Controles en verzorging van uzelf
15. Controles en verzorging van uw baby
16. Informatie met betrekking tot en begeleiding bij het geven van borstvoeding
17. Informatie met betrekking tot het geven van kunstvoeding
18. De adviezen ten aanzien van uw eigen voeding tijdens de kraamperiode
19. De huishoudelijke taken die de kraamverzorgende heeft verricht
20. De omgang van de kraamverzorgende met andere gezinsleden en visite
21. Het rekening houden met uw wensen
22. Het maken van duidelijke afspraken tussen u en de kraamverzorgende
23. De flexibele instelling van de kraamverzorgende
24. Eenduidig werken door meerdere kraamverzorgenden
25. Het gebruik van de GroeiGids door de kraamverzorgende
26. De kraamperiode in het geheel
27. Hulp ingeroepen van een lactatiekundige
28. Is deze lactatiekundige van het eigen kraambureau
29. Borstvoedingsavond bijgewoond. Zo ja, heeft u deze avond als nuttig ervaren
30. Uw eventuele aanvullende opmerkingen kunt u hieronder invullen

Evaluatieformulier 2

1. Cliëntnummer:*
2. Naam gezin:*
3. Straat:*
4. Naam kraamzorgverlener:*
5. Plaats bevalling:*

Zeer slecht 1 - 10 Uitmuntend

6. De duidelijkheid en volledigheid van de informatie op onze website
7. De benadering door onze medewerkers
8. Het intakegesprek
9. De kraaminformatieavond, indien bijgewoond
10. De borstvoeding informatieavond, indien bijgewoond
11. De telefonische bereikbaarheid van PKZ
12. Aanvullende opmerkingen:
13. De assistentie bij de thuisbevalling/poliklinische bevalling, indien van toepassing
14. De controles en verzorging van uzelf
15. De controles en verzorging van uw baby
16. De mate waarin rekening gehouden werd met uw persoonlijke situatie en wensen
17. De mate waarin de geleverde kraamzorg op het door u gewenste tijdstip werd gegeven
18. De mate waarin er omgegaan werd met uw vragen
19. De mate waarin rekening gehouden werd met uw privacy
20. De omgang met overige gezinsleden en bezoek
21. De verrichting van de huishoudelijke taken
22. De verzorging van de (warme) maaltijden
23. Welk rapportcijfer zou u de kraamzorgverlener willen geven?
24. De begeleiding tijdens het geven van borstvoeding/ kunstvoeding
25. De informatie die u kreeg over borstvoeding/ kunstvoeding
26. Adviezen, begeleiding of ondersteuning van de lactatiekundige, indien van toepassing
27. De informatie die u kreeg over hulp bij borstvoeding na de kraamtijd
28. Aanvullende opmerkingen:
29. De informatievoorziening via het zorgdossier, m.n. bij afwezigheid van de kraamzorgverlener
30. De dagelijkse, mondelinge evaluaties door de kraamzorgverlener
31. De telefonische evaluatie vanuit deze Kraamzorgorganisatie
32. De overdracht van kraamzorg naar het consultatiebureau (JGZ)
33. De voorlichting en begeleiding naar zelfredzaamheid door de kraamzorgverlener gegeven
34. Wat heeft u het meest gewaardeerd tijdens de kraamtijd?
35. Heeft de kraamtijd aan uw verwachting voldaan?
36. Heeft u nog tips/ suggesties?

Evaluatieformulier 3

1. Naam gezin
2. Adres
3. Postcode en woonplaats
4. Uw mailadres
5. Naam kraamverzorgende(n)
6. Naam verloskundige/gynaecoloog
7. Kraamzorgperiode
8. Heeft u tijdens het intakegesprek voldoende voorlichting gekregen over de taken van de kraamverzorgende?
9. Heeft u tijdens het intakegesprek de mogelijkheid gekregen om onze borstvoedingsbrochures aan te schaffen?
10. Heeft u deelgenomen aan de Voorlichtingsavond 'Alles rondom de bevalling'? Indien ja, vond u de gegeven informatie van de professionals Geboortezorg een meerwaarde geven?
11. Plaats van de bevalling
12. Naam ziekenhuis:
13. Wat vindt u van de samenwerking tussen kraamverzorgende van Kraamzorg de Bakermans en de verloskundige tijdens of vlak na de bevalling?
14. Naam verloskundige + praktijknaam
15. Wat vindt u van de samenwerking tussen kraamverzorgende van Kraamzorg en de verloskundige tijdens uw kraambed?
16. Hoe heeft u het contact met de kraamverzorgende ervaren tijdens de kraamzorgperiode?
17. Hoe vond u de verzorging van de baby tijdens de kraamzorgperiode?
18. Hoe ervaarde u de zorg en begeleiding van uzelf als kraamvrouw?
19. Hoe vond u de informatie die gegeven werd m.b.t de algemene verzorgingsvragen van moeder en kind?
20. Zou U de volgende keer weer voor Kraamzorg van XX kiezen of ons durven aanbevelen?
21. Hoe vond u de verzorging voor de andere gezinsleden
22. Hoe vond u de verzorging voor de visite?
23. Zijn de huishoudelijke taken naar wens verlopen?
24. Hoe vond u de verzorging (verwenning) van de fruitplukjes?
25. Heeft u in de zwangerschap een borstvoedingscursus gevolgd?
26. Zo ja, vond u de informatie en begeleiding die u van de kraamverzorgende kreeg aansluiten bij deze cursus?
27. Heeft u de mogelijkheid gehad tot inzage in het borstvoedingsprotocol?
28. Heeft de kraamverzorgende de voordelen van borstvoeding met u besproken?
29. Bent u binnen een uur na de geboorte begonnen met het aanleggen van de baby aan de borst?
30. Heeft u uitgebreide uitleg en begeleiding gekregen bij het aanleggen van de baby aan de borst gedurende de kraamperiode?
31. Heeft de baby kunstmatige zuigelingenvoeding, water of iets anders bijgekregen?
32. Heeft u uitleg gekregen over de voordelen van rooming-in (moeder en baby slapen op één kamer)?
33. Heeft u uitleg ontvangen van de kraamverzorgende over de voordelen van voeden op verzoek?
34. Voedt u momenteel op verzoek?
35. Heeft u uitleg ontvangen van de kraamverzorgende over de nadelen van het gebruik van fopspenen, flessenspenen en tepelhoedjes?

Vragenlijst

Ervaringen met de kraamzorg

*Bestemd voor personen van 16 jaar en ouder die gebruik maken
(of hebben gemaakt) van kraamzorg*

CQ-index Kraamzorg

Versie 3.2

**Deze specifieke vragenlijst is gebaseerd op de internationaal gebruikte CAHPS® vragenlijsten.
De vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL.**

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de kraamzorg. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 20-30 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd.

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor de zorg die u krijgt. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje ☐. Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvolp.

Heeft u vragen, dan kunt u bellen met XXXX, telefoonnummer XXXX.
Of u kunt een email sturen naar: XXXX

INVULINSTRUCTIE

Wanneer in deze vragenlijst wordt gesproken over kraamzorgaanbieder, wordt ook verstaan kraamzorgorganisatie, kraamcentrum, kraamhotel, kraamzorgbureau, zelfstandig werkende kraamverzorgende e.d.

- Het is belangrijk dat de vragen alleen worden ingevuld door de persoon die in de begeleidende brief staat. Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.
- De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje.
- Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat aangegeven dat u meerdere vakjes kunt aankruisen.
- Wanneer u een situatie niet heeft meegemaakt, dan kunt u de vraag beantwoorden met '*niet van toepassing*'
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:
☒ Nee → ***Ga door naar vraag 3***

☐ Ja

- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:
☒ Nee
☒ Ja
- Heeft u zorg ontvangen van twee of meer kraamverzorgenden? Beantwoordt dan de vragen voor de kraamverzorgende met wie u het meeste contact heeft gehad.

INTRODUCTIE

- 1 Heeft u in de periode - kraamzorg gekregen? (invullen periode van de afgelopen 3 maanden, reken vanaf verzenddatum vragenlijst)
- ☐ Ja
- ☐ Nee → *Deze vragenlijst is niet op u van toepassing.*
- 2 Op welke datum bent u bevallen?
- (dag) (maand) 20 (jaar)

DE INTAKE

De vragen in deze vragenlijst gaan over **uw ervaringen** met de kraamzorg. De vragen 3 t/m 9 gaan specifiek over het voorbereidend gesprek (intake) voor de bevalling.

- 3 Heeft u vóór de bevalling een voorbereidend gesprek gehad met iemand van de kraamzorgaanbieder over de kraamzorg? *meerdere antwoorden mogelijk*
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 9*
- ☐ Ja, er is iemand bij mij thuis geweest
- ☐ Ja, tijdens een groepsbijeenkomst/groepsintake
- ☐ Ja, er is telefonisch contact geweest
- 4 Bent u geïnformeerd over wat u in huis moest hebben voor de bevalling en daarna?
- ☐ Nee
- ☐ Ja
- 5 Kreeg u informatie van de kraamzorgaanbieder over de dingen die wel of juist niet bij de taken van de kraamverzorgende horen?
- ☐ Nee
- ☐ Ja
- 6 Kreeg u informatie over de bereikbaarheid van de kraamzorgaanbieder?
- ☐ Nee
- ☐ Ja
- 7 Is met u besproken hoeveel uren kraamzorg u zou krijgen?
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 9*
- ☐ Ja
- 8 Wat is er met u afgesproken tijdens het gesprek over het aantal uren kraamzorg dat u na de bevalling zou krijgen?
- ☐ Minder dan 49 uur, namelijk uur
- ☐ 49 uur
- ☐ Meer dan 49 uur, namelijk uur
- ☐ Weet ik niet

9 Zijn er met u schriftelijke afspraken gemaakt over de kraamzorg die u van de kraamzorgaanbieder zou krijgen?

- ☐ Nee, geen afspraken
- ☐ Nee, alleen mondelinge afspraken
- ☐ Ja

ZORG VAN KRAAMVERZORGENDE TIJDENS DE BEVALLING

De vragen 10 t/m 16 gaan over uw ervaringen met de kraamverzorgende **tijdens de bevalling**.

10 Waar bent u bevallen?

- ☐ Thuis
- ☐ Ziekenhuis → **ga door naar vraag 15**
- ☐ Kraamhotel/geboortecentrum
- ☐ Anders, namelijk:

11 Is er een kraamverzorgende opgeroepen om bij de bevalling te assisteren?

- ☐ Nee → **ga door naar vraag 18**
- ☐ Ja

12 Was de kraamverzorgende op tijd aanwezig om te helpen bij de bevalling? *meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ Nee, de bevalling ging te snel
- ☐ Nee, de kraamverzorgende was te laat opgeroepen
- ☐ Nee, de kraamverzorgende kwam te laat
- ☐ Ja → **ga door naar vraag 14**

13 Was het een probleem dat de kraamverzorgende niet op tijd was om te helpen bij de bevalling?

- ☐ Groot probleem → **ga door naar vraag 15**
- ☐ Klein probleem → **ga door naar vraag 15**
- ☐ Geen probleem → **ga door naar vraag 15**

14 Welk cijfer geeft u de kraamverzorgende voor de zorg tijdens de bevalling? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.

- ☐ 0 heel erg slechte zorg door
- ☐ 1 kraamverzorgende
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 uitstekende zorg door

ZORG VAN KRAAMVERZORGENDE TIJDENS DE KRAAMPERIODE

Indien u thuis bent bevallen zijn de vragen 15 t/m 17 niet op u van toepassing. Wij vragen u om door te gaan met vraag 18.

15 Was de kraamverzorgende snel aanwezig nadat u thuis kwam?

- ☐ Nee
- ☐ Ja → **ga door naar vraag 18**

16 Waarom was de kraamverzorgende niet snel aanwezig nadat u thuis kwam? meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Het tijdstip van thuiskomst viel buiten de werktijd van de kraamverzorgende
- ☐ Er was op dat moment geen kraamverzorgende beschikbaar
- ☐ De kraamzorgaanbieder wist niet dat ik thuiskwam
- ☐ Er was geen kraamzorg afgesproken
- ☐ Er was afgesproken dat de kraamverzorgende later zou komen
- ☐ Anders, namelijk:

17 Was het een probleem dat de kraamverzorgende niet snel aanwezig was nadat u thuis kwam?

- ☐ Groot probleem
- ☐ Klein probleem
- ☐ Geen probleem

18 Heeft u het aantal uren kraamzorg gekregen dat vooraf met u was besproken?

- ☐ Nee, minder
- ☐ Nee, meer
- ☐ Ja precies zoals afgesproken → **ga door naar vraag 21**
- ☐ Niet van toepassing, er was niets afgesproken → **ga door naar vraag 21**

19 Hoeveel uren kraamzorg heeft u gekregen?
(de hulp tijdens de bevalling niet meerekenen)

Uur

20 Wat was de reden dat u meer of minder uren kraamzorg heeft gehad? meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Verblijf in het ziekenhuis na de bevalling
- ☐ Meerling
- ☐ Conditie baby
- ☐ Conditie moeder
- ☐ Problemen met voeding
- ☐ Kosten
- ☐ Eigen verzoek
- ☐ Tekort aan kraamverzorgenden
- ☐ Anders, namelijk:

- 21 Wat vindt u van het uiteindelijke aantal uren kraamzorg dat u heeft gehad?
- ☐ Te weinig
 - ☐ Net voldoende
 - ☐ Voldoende
 - ☐ Ruim voldoende
 - ☐ Te veel
- 22 Had u tijdens de hele kraamperiode overdag dezelfde kraamverzorgende? (de hulp tijdens de bevalling niet meerekenen)
- ☐ Nee, 2 verschillende kraamverzorgenden
 - ☐ Nee, meer dan 2 verschillende kraamverzorgenden
 - ☐ Ja → *ga door naar vraag 24*
- 23 Was het een probleem dat u tijdens de kraamperiode twee of meer verschillende kraamverzorgenden had?
- ☐ Groot probleem
 - ☐ Klein probleem
 - ☐ Geen probleem
- Wanneer u tijdens de kraamperiode van twee of meer kraamverzorgenden zorg heeft ontvangen, beantwoordt dan de vragen voor de kraamverzorgende met wie u het meeste contact heeft gehad.
- 24 Heeft u begeleiding van de kraamverzorgende gekregen bij het geven van borstvoeding?
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 26*
 - ☐ Ja
 - ☐ Niet van toepassing → *ga door naar vraag 26*
- 25 Was de begeleiding bij het geven van borstvoeding voldoende?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja
- 26 Heeft u begeleiding van de kraamverzorgende gekregen bij het geven van flesvoeding?
- ☐ Nee → *ga door naar vraag 28*
 - ☐ Ja
 - ☐ Niet van toepassing → *ga door naar vraag 28*
- 27 Was de begeleiding bij het geven van flesvoeding voldoende?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja
- 28 Gaf de kraamverzorgende op een begrijpelijke manier uitleg?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 29 Was de kraamverzorgende beleefd tegen u?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms

- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

30 Luisterde de kraamverzorgende aandachtig naar u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

31 Nam de kraamverzorgende u serieus?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

32 Had de kraamverzorgende genoeg tijd voor u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

33 Had de kraamverzorgende genoeg tijd voor uw baby?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

34 Vond u de kraamverzorgende deskundig?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

35 Ging de kraamverzorgende zelfstandig te werk?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

36 Was de kraamverzorgende oplettend bij eventuele problemen?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

37 Lette de kraamverzorgende erop dat u voldoende rust kreeg?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

- 38 Begeleidde de kraamverzorgende u in de omgang met uw baby?**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 39 Betrok de kraamverzorgende uw partner bij de kraamzorg?**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
 - ☐ Niet van toepassing
- 40 Zorgde de kraamverzorgende voor uw persoonlijke hygiëne? (comfortabel, schoon)**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 41 Zorgde de kraamverzorgende voor de hygiëne van uw baby? (comfortabel, schoon)**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 42 Zorgde de kraamverzorgende voor een schone omgeving (toilet, slaapkamer)**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 43 Zorgde de kraamverzorgende dat u zelfvertrouwen kreeg in de omgang met uw baby?**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 44 Voelde u zich op uw gemak bij de kraamverzorgende?**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
- 45 Gaf de kraamverzorgende advies/voorlichting over bijvoorbeeld hygiëne, baby verzorging, voeding?**
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd

- 46 **Gaf de kraamverzorgende informatie over veilig slapen?**
☐ Nee
☐ Ja
- 47 **Gaf de kraamverzorgende u tegenstrijdige informatie?**
☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd
- 48 **Had de kraamverzorgende aandacht voor uw persoonlijke en culturele achtergrond?**
☐ Nee
☐ Ja
- 49 **Kon u meebeslissen over wat het beste is voor u en uw kind?**
☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd
- 50 **Werkte de kraamverzorgende op uw manier? (zoals u graag wilt dat dingen gedaan worden)**
☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd
- 51 **Hield de kraamverzorgende rekening met wat u zelf wel en niet kon?**
☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd
- 52 **Wist u bij wie u terecht kon met vragen, problemen en eventuele klachten over de geleverde kraamzorg?**
☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd
- 53 **Was het een probleem om de kraamzorgaanbieder telefonisch te bereiken?**
☐ Groot probleem
☐ Klein probleem
☐ Geen probleem
☐ Niet van toepassing

SAMENWERKING EN AFSTEMMING ZORG

54 Werken de kraamverzorgende(n) en de verloskundige met elkaar samen?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

55 Verwees de kraamverzorgende u naar de verloskundige wanneer u dat nodig vond?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

ALGEMEEN OORDEEL

56 Welk cijfer geeft u de kraamverzorgende voor de zorg tijdens de kraamperiode? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.

- ☐ 0 heel erg slechte kraamverzorgende(n)
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 uitstekende kraamverzorgende(n)

57 Zou u deze kraamverzorgende bij vrienden en familie aanbevelen?

- ☐ Beslist niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Beslist wel

58 Welk cijfer geeft u de kraamzorgaanbieder/het kraambureau? Een 0 betekent heel erg slecht. Een 10 betekent uitstekend.

- ☐ 0 heel erg slechte kraamzorgaanbieder
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 uitstekende kraamzorgaanbieder

59 Zou u deze kraamzorgaanbieder/dit kraambureau bij vrienden en familie aanbevelen?

- ☐ Beslist niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Beslist wel

OVER UZELF

60 Kreeg u deze kraamzorg voor de geboorte van uw eerste kind?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

61 Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

62 Hoe zou u over het algemeen de gezondheid van uw baby noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

63 Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

64 Wat is uw leeftijd?

- ☐ Jonger dan 16 jaar
- ☐ 16 t/m 24 jaar
- ☐ 25 t/m 34 jaar
- ☐ 35 t/m 44 jaar
- ☐ 45 jaar en ouder

65 Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)

- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders, namelijk:

66 Wat is het geboorteland van uzelf?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:

67 Wat is het geboorteland van uw vader?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:

68 Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland

- ☐ (voormalig) Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:

69 In welke taal praat u thuis het meeste?

- ☐ Nederlands
- ☐ Fries
- ☐ Nederlands dialect
- ☐ Indonesisch
- ☐ Sranan (Surinaams)
- ☐ Marokkaans-Arabisch
- ☐ Turks
- ☐ Duits
- ☐ Papiaments (Nederlandse Antillen)
- ☐ Anders, namelijk:

70 Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- ☐ Nee → *Ga door naar vraag 72*
- ☐ Ja

71 Hoe heeft die persoon u geholpen? meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ Heeft de vragen voorgelezen
- ☐ Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- ☐ Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- ☐ Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- ☐ Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

72 Wat zou u willen veranderen aan de zorg die u heeft gekregen?

(Wat kan beter, wat heeft u gemist, wat zou de kraamzorgaanbieder anders moeten doen, zou de kraamzorgmedewerker anders moeten werken?)

73 Waar bent u (zeer) tevreden over als het gaat om de zorg die u heeft gekregen?

(Wat ging goed, wat heeft de kraamzorgaanbieder of de kraamzorgmedewerker goed gedaan?)

**HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN
VAN DE VRAGENLIJST**

**Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde enveloppe.
Een postzegel is niet nodig**

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Toelichting op cliëntenenquête

Het inventariseren van de ervaringen van cliënten over uw praktijk is nodig om te weten of de zorg en de praktijkvoering aansluit bij de wensen van uw cliënten. Deze enquête is een goed middel om de ervaringen van uw cliënten te onderzoeken. U leert van de positieve feedback wat cliënten waarderen in uw praktijk. Die aspecten kunt u verder uitbouwen. De informatie uit de negatieve feedback kunt u gebruiken voor verbeteringen. Eventuele opmerkingen en tips zijn ook belangrijke aandachtspunten om mee te nemen in de analyse. U kunt op uw website aangeven welke feedback cliënten hadden en wat u met deze informatie hebt gedaan.

Allereerst vindt u een begeleidende brief die voor de cliënten bestemd is. Hierachter is de cliëntenenquête opgenomen.

De begeleidende brief bij de cliëntenenquête is een Worddocument. U kunt de brief aan uw eigen situatie aanpassen. U kunt bijvoorbeeld uw eigen telefoonnummer en praktijknaam invoegen. Eventueel kunt u de brief (en de enquête) printen op uw eigen briefpapier.

Leest u de brief voor de cliënten goed door voor u hem gaat gebruiken en pas hem waar nodig aan!

Om een goed beeld te krijgen van de mening van de cliënten, moet u van minimaal 25% van uw cliënten feedback ontvangen (dat is voor een normpraktijk van 105 zorgeenheden ongeveer 25 ingevulde cliëntenenquêtes). Het gaat om alle cliënten die uit zorg gaan. Dit kan bijvoorbeeld al in het eerste trimester gebeuren, maar kan ook pas na de bevalling zijn.

Er zijn verschillende manieren om de enquêtes uit te delen:

- U kunt bijvoorbeeld de maanden januari, februari, maart en april hiervoor te reserveren. In deze periode krijgen dan alle cliënten die uit zorg gaan een enquête mee.
- U kunt ook twee maanden in het voorjaar en twee maanden in het najaar reserveren voor de cliëntenenquête. In die periode geeft u aan alle cliënten die uit zorg gaan een enquête.
- Een alternatief is om gedurende het hele jaar elke derde cliënt die uit zorg gaat een enquête mee te geven.
- Aan cliënten die na de bevalling uit de zorg gaan, kunt u de enquête in het kraambed uitdelen. Aan het eind van het kraambed kunt u de ingevulde enquête weer terugvragen. De cliënten kunnen deze ook per post opsturen of tijdens de nacontrole meenemen. Voor het terugsturen kunt u een voorgeadresseerde envelop bijvoegen, zodat de cliënten de enquête zonder veel moeite terug kunnen sturen. Bovendien kunnen de cliënten dan volledig anoniem hun feedback geven.

U kunt er ook voor kiezen om de cliëntenenquêtes digitaal te meten. Veel software systemen kunnen eenvoudig een lijst van cliënt e-mailadressen genereren om een enquête verzoek te sturen. Digitaal meten geeft u realtime inzicht in de ervaringen van uw cliënten. Bovendien hoeft u niet zelf de informatie te verwerken. Er zijn bedrijven die dit tegen geringe kosten aanbieden.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Evaluatieformulier voor cliënten in de praktijk ...

Wij, verloskundigen uit praktijk hebben u begeleid tijdens uw zwangerschap, bevalling en/of kraambed. Wij willen onze zorg zoveel mogelijk afstemmen op de wensen en behoeften van onze cliënten. De mening van u als cliënt over onze praktijk is hiervoor heel bepalend. Door middel van dit evaluatieformulier willen wij u vragen wat u van de zorgverlening in onze praktijk vond en wat er volgens u verbeterd kan worden.

Wij zouden het erg op prijs stellen als u deze enquête in wilt vullen. Het invullen van dit formulier kost ongeveer een kwartier.

Wilt u deze vragenlijst in zijn geheel invullen en aan het eind van het kraambed aan de verloskundige meegeven, naar de praktijk sturen of bij de nacontrole inleveren. U kunt zelf kiezen of u de vragen anoniem in wilt vullen of niet.

Deze vragenlijst kunt u invullen door aan te kruisen in welke mate u het eens bent met de uitspraken in de vragenlijst. Bijvoorbeeld:

Er lagen regelmatig nieuwe tijdschriften in de wachtkamer	Helemaal oneens	0	0	0	⊗	Helemaal eens	0	nvt
---	--------------------	---	---	---	---	------------------	---	-----

Als u het met deze uitspraak 'Helemaal eens' bent dan zet u het kruisje op bovenstaande plaats. Naarmate u het meer eens bent met deze uitspraak zet u het kruisje meer naar rechts. Mocht de uitspraak helemaal niet op u of uw situatie van toepassing zijn geweest dan kunt u 'nvt' (niet van toepassing) aankruisen.

Als u wilt dan kunt u een toelichting geven bij uw antwoorden, deze kunt u in uw eigen woorden weergeven aan het eind van elk blok vragen.

Wilt u alle vragen te beantwoorden?

Waar in de vragenlijst wordt gesproken van 'zij/haar' kunt u ook 'hij/zijn' lezen.

Op basis van, onder andere, uw informatie zullen wij regelmatig onderdelen van de zorgverlening aanpassen. U kunt deze aanpassingen lezen op onze website: www.xxxx.nl

Mocht u naar aanleiding van deze vragenlijst nog vragen en/of opmerkingen hebben, dan kunt u contact opnemen met de praktijk, telefoonnummer 000 - 111111.

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Evaluatieformulier voor cliënten in de praktijk

Praktijkinrichting

1.	De praktijk is goed toegankelijk (ook voor kinderwagens en rolstoelen).	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
2.	De praktijk ziet er netjes en hygiënisch uit.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
3.	De stoelen in de wachtkamer zitten prettig.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
4.	In de wachtkamer is er voor kinderen van verschillende leeftijden voldoende, veilig en schoon speelgoed.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
5.	Er liggen regelmatig nieuwe tijdschriften in de wachtkamer.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
6.	In de wachtkamer was nuttige informatie te vinden (folders, TV-scherm, etc).	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
7.	In de wachtkamer kon ik koffie of thee pakken als ik dat wilde	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Praktijkorganisatie

8.	Meestal kon ik een afspraak maken op een voor mij geschikt tijdstip.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
9.	De assistente hielp mij goed.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
10.	Ik hoefde niet te lang te wachten in de wachtkamer.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
11.	Ik ben goed geïnformeerd over de praktijkorganisatie (telefoonnummers, openingstijden, etc)	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
12.	De praktijkinformatie (folder, website) klopt met mijn ervaringen in de praktijk.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
13.	Ik weet hoe ik gebruik kan maken van de klachtenregeling van de praktijk.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 8, 9, 10, 11, 12, 13

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



De verloskundige

14.	Ik kon met mijn vragen en zorgen bij de verloskundige terecht.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
15.	De verloskundige nam voldoende tijd voor mij.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
16.	De verloskundige was geïnteresseerd in mij.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
17.	De verloskundige kwam gemaakte afspraken na.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
18.	De verloskundige begeleidde mij goed tijdens de zwangerschap.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
19.	Er werd naar mijn idee vertrouwelijk omgegaan met mijn gegevens.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
20.	De verloskundige gaf begrijpelijke informatie	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
21.	De verloskundige gaf mij informatie over wat ik van haar kon verwachten aan zorg en begeleiding.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
22.	De verloskundige gaf mij voldoende ruimte om mijn zwangerschap, bevalling en kraambed op mijn eigen manier in te vullen.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt
23.	De verloskundige betrok mijn partner, en eventueel mijn kinderen, goed bij de zwangerschap, bevalling en kraambed.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0	nvt

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



De zwangerschap

24.	De verloskundige gaf mij voldoende informatie over de zwangerschap zodat ik wist wat ik kon verwachten.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
25.	De verloskundige stimuleerde mij om een geboortepan te maken.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
26.	De verloskundige besprak voldoende mijn verwachtingen en wensen ten aanzien van de zwangerschap.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
27.	Ik kreeg voldoende informatie over prenatale screening.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
28.	Ik vond dat er voldoende privacy was tijdens het lichamelijk onderzoek.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
29.	Tijdens het spreekuur, werd de verloskundige vrijwel niet gestoord (doordat er iemand binnen kwam lopen, door de telefoon, etc).	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 24, 25, 26, 27, 28, 29

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



De bevalling

- | | | | | | | | | |
|-----|--|-----------------|---|---|---|---|---------------|-------|
| 30. | De verloskundige gaf mij voldoende informatie over de bevalling. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 31. | De verloskundige besprak voldoende mijn wensen en verwachtingen over de bevalling.
(geboorteplan) | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 32. | De verloskundige heeft mij voldoende geïnformeerd over de voor- en nadelen van pijnbestrijding. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 33. | Ik kreeg voldoende informatie over de voor- en nadelen van een thuis- en ziekenhuisbevalling. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 34. | Ik had er vertrouwen in dat de verloskundige mij goed zou bijstaan tijdens de bevalling. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 35. | De verloskundige maakte, toen ik ging bevallen, duidelijke afspraken met mij wanneer zij langs zou komen en wanneer zij zou blijven. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 36. | De verloskundige was zoveel als ik wenste bij de bevalling aanwezig. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |
| 37. | De verloskundige begeleidde mij goed tijdens de bevalling. | Helemaal oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal eens | 0 nvt |

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Overdracht gynaecoloog of verloskundige in het ziekenhuis

38. Bent u doorverwezen naar de gynaecoloog of verloskundige in het ziekenhuis?

- ☐ Ja
☐ Nee

Deze vragen gelden alleen als u bent doorverwezen naar de gynaecoloog of verloskundige in het ziekenhuis!

- | | | | | | | | | |
|-----|--|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 39. | De verloskundige heeft met mij besproken waarom ik werd doorverwezen. | Helemaal
oneens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal
eens |
| 40. | De gynaecoloog of verloskundige in het ziekenhuis was goed op de hoogte van mijn gegevens en situatie. | Helemaal
oneens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Helemaal
eens |

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Het kraambed

41.	De verloskundige had mij goed voorbereid op de tijd na de bevalling.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
42.	De verloskundige gaf mij in het kraambed goede informatie over de lichamelijke en geestelijke gevolgen van de bevalling.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
43.	De verloskundige gaf mij goede informatie over de gezondheid van mijn baby.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
44.	De verloskundige begeleidde mij goed tijdens het kraambed.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
45.	Ik kreeg voldoende informatie over de voor- en nadelen van borst- en flesvoeding.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
46.	De verloskundige gaf mij voldoende ondersteuning bij de (borst)voeding.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
47.	De verloskundige en kraamverzorgende zaten met hun adviezen op één lijn.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
48.	Ik kreeg voldoende gelegenheid om de bevalling met de verloskundige na te bespreken.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
49.	Ik vind het prettig dat ik na zes weken op nacontrole kan komen.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal eens	0 nvt
50.	Ik kreeg voldoende informatie over de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptie methoden.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal Eens	0 nvt
51.	De verloskundige heeft mij goed geholpen om de vorm van anticonceptie te kiezen die het beste bij mij past.	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal Eens	0 nvt
52.	Ik kon op een voor mij passend moment starten met de anticonceptie	Helemaal oneens	0	0	0	0	Helemaal Eens	0 nvt

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

Toelichting:

Klik hier als u tekst wilt invoeren.



Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de verloskundige

- | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------|---|---|---|---|------------------|-------|
| 53. | Ik wist goed in welke situaties ik de verloskundige of juist de praktijkassistente moest bellen. | Helemaal
oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal
eens | 0 nvt |
| 54. | Ik kon de verloskundigen of de assistente gemakkelijk telefonisch bereiken. | Helemaal
oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal
eens | 0 nvt |
| 55. | Wanneer ik mij zorgen maakte dan kwam de verloskundige langs of kon ik tussendoor op het spreekuur komen. | Helemaal
oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal
eens | 0 nvt |
| 56. | In noodgevallen kon ik de verloskundige snel genoeg bereiken. | Helemaal
oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal
eens | 0 nvt |
| 57. | Alle verloskundigen zaten op één lijn wat betreft hun adviezen. | Helemaal
oneens | 0 | 0 | 0 | 0 | Helemaal
eens | 0 nvt |

Welk onderwerp uit bovenstaande vragen is voor u het belangrijkste? (omcirkel de vraag van uw keuze)

Vraag 53, 54, 55, 56, 57

Toelichting :

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Wat vond u goed aan de praktijk en wat zouden ideeën voor verbeteringen zijn?

Goed:

-
-
-

Verbeteringen:

-
-
-

Hoe kende u deze praktijk?

☐ Via vriendinnen of familie

☐ De huisarts

☐ Advertentie in de krant

☐ Internet

☐ Anders, namelijk:

Waarom heeft u voor deze praktijk gekozen?

☐ Vriendinnen of familie waren positief over de praktijk

☐ De manier van werken van de verloskundige sprak mij aan

☐ De website sprak mij aan

☐ Op advies van de huisarts

☐ Anders, namelijk:

Welk rapportcijfer zou u deze praktijk geven? (Omcirkel het antwoord van uw keuze, waarbij een 10 staat voor uitstekend en een 1 voor slecht)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Hieronder kunt u uw naam en adres invullen, maar dit hoeft niet.

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:



Klik hier als u tekst wilt invoeren.

Wat vond u goed aan de praktijk en wat zouden ideeën voor verbeteringen zijn?

Goed:

-
-
-

Verbeteringen:

-
-
-

Hoe kende u deze praktijk?

☐ Via vriendinnen of familie

☐ De huisarts

☐ Advertentie in de krant

☐ Internet

☐ Anders, namelijk:

Waarom heeft u voor deze praktijk gekozen?

☐ Vriendinnen of familie waren positief over de praktijk

☐ De manier van werken van de verloskundige sprak mij aan

☐ De website sprak mij aan

☐ Op advies van de huisarts

☐ Anders, namelijk:

Welk rapportcijfer zou u deze praktijk geven? (Omcirkel het antwoord van uw keuze, waarbij een 10 staat voor uitstekend en een 1 voor slecht)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Hieronder kunt u uw naam en adres invullen, maar dit hoeft niet.

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Kraamzorg - kwaliteitsindicatoren verslagjaar 2016 - vragenlijst

Achtergrondvragen Kraamzorg

De achtergrondvragen hebben betrekking op de Informatie-Eenheid waarvoor u nu de indicatoren gaat invullen en aanleveren met deze digitale vragenlijst.

1 - Gaat u de indicatoren invullen op ...

- concernniveau: de totale organisatie is één IE en er wordt met één set data aangeleverd
- concerndeel: uw organisatie/concern is opgedeeld in meerdere IE's, bijvoorbeeld op vestiging of locatie aanleveren
- ZZP'er: voor eigen geleverde zorg aanleveren
- u levert voor meerdere ZZP'ers in één keer aan; dit wordt als één IE gezien in deze meting

VOOR VRAAG 1A/1B ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR

1a - Voor hoeveel ZZP'ers levert u deze keer aan?	[...] ZZP'ers
1b - Zijn deze ZZP'ers regionaal of landelijk werkzaam?	<ul style="list-style-type: none"> • regionaal werkzaam • landelijk werkzaam

1c - Voor welke periode levert u gegevens aan?

- voor verslagjaar 2016 (hierin heb ik 20 of meer kraambedden verzorgd)
- voor verslagjaar 2015 en 2016 samen (ik heb in 2016 minder dan 20, maar in 2015 en 2016 samen meer dan 30 kraambedden verzorgd)

De onderstaande vragen hebben betrekking op de aantallen over heel 2016 (tot en met november).

VOOR VRAAG 2 ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR

2a - Hoeveel kraambedden heeft deze IE volledig verzorgd in 2016? (excl. partusassistentie) <i>Onder volledig wordt verstaan alle ge(her)ïndiceerde uren volgens het Landelijk Indicatie Protocol.</i>	[...] kraambedden
2b - Hoeveel kraambedden heeft deze IE gedeeltelijk verzorgd in 2016? <i>Onder gedeeltelijk wordt verstaan minder dan de geïndiceerde uren volgens het Landelijk Indicatie Protocol.</i>	[...] kraambedden

VOOR VRAAG 3 ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR

3 - Wat is de gemiddelde verzorgingsduur (in uren) geweest binnen deze IE in 2016? (excl. partusassistentie)	[...] uren
--	------------

De volgende vragen hebben betrekking op de meetperiode in 2016: de maanden maart tot en met oktober 2016.

VOOR VRAAG 4 ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR

4a - Heeft deze IE voor de meetperiode (in maart tot en met oktober 2016) een contractueel bepaalde zorgplicht gehad?	<ul style="list-style-type: none"> • ja • nee
4b - Heeft deze IE voor de meetperiode (in maart tot en met oktober 2016) een beperkte inschrijving/inschrijfstop gehad?	<ul style="list-style-type: none"> • ja • nee

VOOR VRAAG 5 ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
5 - Wat is het percentage thuisbevallingen geweest in de meetperiode? (berekend percentage = [...])%	
Teller: totaal aantal thuisbevallingen in maart tot en met oktober 2016	[...] thuisbevallingen
Noemer: totaal aantal kraambedden in maart tot en met oktober 2016	[...] kraambedden
VOOR VRAAG 6 ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
6 - Hoeveel 24-uurs verzorgingen heeft u tijdens de meetperiode (in maart tot en met oktober 2016) gehad?	[...] 24-uurs verzorgingen
1 - Tijdige intake	
Percentage vrouwen waarbij het om het eerste kind gaat, waarbij de intake voor de 36e week in de vorm van een huisbezoek is gerealiseerd	
VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: totaal aantal huisbezoeken voor de 36e week bij vrouwen waarbij het om het eerste kind gaat <i>Eerste kind hoeft niet eerste zwangerschap te zijn. Huisbezoek is echt bezoek thuis, nooit intake op kantoor.</i>	INDICATORWAARDE = [...]% [...] huisbezoeken
Noemer: totaal aantal vrouwen waarbij het om hun eerste kind gaat	[...] vrouwen
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]
2 - Tijdige partusassistentie	
Percentage bevallingen waarbij de kraamverzorgende binnen een uur na oproep van de verloskundige aanwezig is	
VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal bevallingen waarbij de kraamverzorgende binnen een uur na oproep van de verloskundige aanwezig is	INDICATORWAARDE = [...]% [...] bevallingen
Noemer: totaal aantal thuis begonnen bevallingen waar de kraamverzorgende is opgeroepen door de verloskundige	[...] bevallingen
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]
4 A/B - Bijgeschoolde kraamverzorgenden	
A - Aantal uren gevolgd bij- en nascholing per kraamverzorgende	
VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal uren bij- en nascholing tijdens meetperiode <i>Neem hiervoor het totaal aantal gegeven bijscholingsuren van alle kraamverzorgenden bij elkaar. Mensen met klein dienstverband en oproepkrachten tellen ook mee. BBL-ers tellen niet mee.</i>	INDICATORWAARDE = [...] [...] uren
Noemer: totaal aantal aan scholing deelnemende kraamverzorgenden <i>In dienst, nulurencontract of oproepkracht. BBL-ers tellen niet mee.</i>	[...] kraamverzorgenden
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]
B - Percentage kraamverzorgenden dat gedurende de meetperiode is bijgeschoold	
VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: totaal aantal kraamverzorgenden dat gedurende de meetperiode is bijgeschoold	INDICATORWAARDE = [...]% [...] kraamverzorgenden
Noemer: totaal aantal kraamverzorgenden <i>In dienst, nulurencontract of oproepkracht. BBL-ers tellen niet mee.</i>	[...] kraamverzorgenden
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]

4 D - Bijgeschoolde kraamverzorgenden vroegsignalering

Percentage kraamverzorgenden dat recent, in de laatste 3 jaar, aantoonbaar is bijgeschoold in het signaleren en rapporteren van risico's bij het opvoeden en opgroeien

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal kraamverzorgenden dat gedurende de laatste 3 jaar bijgeschoold is in het signaleren en rapporteren van problemen bij het opgroeien en opvoeden <i>Neem hiervoor het einde van de meetperiode als peildatum.</i>	INDICATORWAARDE = [...] % [...] kraamverzorgenden
Noemer: totaal aantal kraamverzorgenden <i>In dienst, nulurencontract of oproepkracht. BBL-ers tellen niet mee.</i>	[...] kraamverzorgenden
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]

LET OP: Hieronder de vragen voor indicatoren 4 A/B en 4 D zoals die gesteld worden voor ZZP'ers

4 A/B - Bijgeschoolde kraamverzorgenden

A - Aantal uren gevolgd bij- en nascholing per kraamverzorgende

B - Percentage kraamverzorgenden dat gedurende de meetperiode is bijgeschoold

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Bent u gedurende de meetperiode bij- en/of nageschoold?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Hoeveel uur bij- en/of nascholing heeft u gehad tijdens de meetperiode?	[...] uren
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]

4 D - Bijgeschoolde kraamverzorgenden vroegsignalering

Percentage kraamverzorgenden dat recent, in de laatste 3 jaar, aantoonbaar is bijgeschoold in het signaleren en rapporteren van risico's bij het opvoeden en opgroeien

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Bent u gedurende de afgelopen 3 jaar aantoonbaar bijgeschoold in het signaleren en rapporteren van risico's bij het opvoeden en opgroeien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]

6 - Continuïteit in persoon

Percentage verzorgingen uitgevoerd door maximaal 2 verzorgenden

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal verzorgingen uitgevoerd door één of twee kraamverzorgenden <i>Partusassistentie telt niet mee, ook niet wanneer verleend door kraamverzorgende.</i>	INDICATORWAARDE = [...] % [...] verzorgingen
Noemer: totaal aantal verzorgingen <i>Kraambed in geboortecentrum/-hotel telt niet mee.</i>	[...] verzorgingen
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	[...]

7 - Noodzakelijke zorg

A - Percentage cliënten dat minder zorg **wil** ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal cliënten dat minder zorg heeft willen ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd	INDICATORWAARDE = [...] % [...] cliënten
Noemer: totaal aantal cliënten dat kraamzorg ontvangt	[...] cliënten
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR: [...]	

B - Percentage cliënten dat aan het einde van het kraambed minder zorg **heeft** ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal cliënten dat aan het einde van het kraambed minder zorg heeft ontvangen dan met het LIP na de bevalling (laatste herindicatie) is geïndiceerd	INDICATORWAARDE = [...] % [...] cliënten
Noemer: totaal aantal cliënten dat kraamzorg ontvangt	[...] cliënten
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR: [...]	

18 - Geslaagde borstvoeding

Percentage kinderen dat op de eerste verzorgingsdag thuis volledige borstvoeding krijgt en dat op de laatste verzorgingsdag ook nog krijgt

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
Teller: aantal kinderen dat volledige borstvoeding krijgt op de laatste verzorgingsdag <i>Registratie op 8ste dag is niet hetzelfde als de laatste dag.</i>	INDICATORWAARDE = [...] % [...] kinderen
Noemer: aantal kinderen dat op eerste verzorgingsdag volledige borstvoeding krijgt <i>Exclusie: overleden kinderen, en kinderen van vrouwen die met bijvoeding uit het ziekenhuis komen.</i>	[...] kinderen
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR: [...]	

19 - Ketenzorg werkafspraken

Vastgelegde werkafspraken met verloskundige kring en JGZ ten aanzien van genoemde onderwerpen

Voor verloskundigen gaat het om afspraken (met de verloskundige kring) over:

- informeren en contact bij gesignaleerde gezondheidsproblemen
- toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- tijdige partusassistentie
- borstvoeding

Ten aanzien van de JGZ betreft het afstemming over:

- vroegsignalering van risico's bij het opvoeden en opgroeien
- hielprik en gehoorscreening

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
INDICATORWAARDE = [...] %	
Zijn er vastgelegde werkafspraken met verloskundige kring en JGZ ten aanzien van genoemde onderwerpen?	
<ul style="list-style-type: none"> • Wij hebben voor (bijna) geen enkel kraambed werkafspraken vastgelegd met ketenpartners • Wij hebben voor een beperkt aantal kraambedden werkafspraken vastgelegd met ketenpartners • Wij hebben voor de meeste kraambedden werkafspraken vastgelegd met ketenpartners • Wij hebben voor zo goed als alle kraambedden werkafspraken vastgelegd met ketenpartners 	
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR: [...]	

22 - Kraamzorg bij gezinnen in achterstandssituaties

Aantoonbare documenten over kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen

VOOR DEZE KWALITEITSINDICATOR ZIJN VOOR DEZE IE GEEN GEGEVENS BESCHIKBAAR	
<p>Zijn er aantoonbare documenten over kraamzorg op maat aan achterstandsgroepen?</p> <p><i>Achterstandsgroepen zijn groepen met lage sociaal economische status, beperkte gezondheidsvaardigheden en/of van niet-westerse afkomst. Aantoonbare documenten zijn aanwezige documenten waaruit blijkt op welke manier rekening wordt gehouden met doelgroep en waar aandacht aan besteed wordt, bijvoorbeeld protocollen, werkafspraken, plannen van aanpak (zie indicatorengids kraamzorg 2012 en handboek voor kraamzorgaanbieders gereviseerde versie november 2016).</i></p>	<p>• ja</p> <p>• nee</p>
Omschrijf hiernaast de aantoonbare documenten	[...]
EVENTUELE TOELICHTING OF OPMERKING BIJ DEZE KWALITEITSINDICATOR:	
[...]	

EtalagePlus-vragen Kraamzorg

De onderstaande vragen worden gebruikt om de kwaliteitsindicatoren te koppelen aan uw organisatie.

Wat is uw organisatienaam?	[...]
Wat is uw bezoekadres?	
Adres:	[...]
Postcode:	[...]
Plaatsnaam:	[...]
Wat is het algemene e-mailadres van uw organisatie?	[...]
Wat is de internetpagina van uw organisatie?	[...]
In welke postcodegebieden levert u kraamzorg?	[...]
<p><i>Bijvoorbeeld:</i></p> <p>3456 AB - 3567 CD</p> <p>4678 EF - 4789 GH</p>	

Bijlage 6 Toelichting specificatie aanlevering eerstelijnszorg en tweedelijnszorg naar PRN

Gegeven	Identificatie
<i>Gegevens zorgverlener</i>	
unieke LVR-id van de zorginstelling	peri22-dataelement-10023
<i>Gegevens moeder</i>	
Toestemming aan vrouw gevraagd voor het geïdentificeerd registreren in Perinatale Registratie van perinatale zorggegevens (inclusief kind) en verkregen, na het uitdelen van voorlichtingsmateriaal zoals de folder "Zwanger!"?	peri22-dataelement-82167
geboortedatum vrouw	peri22-dataelement-10040
postcode vrouw	peri22-dataelement-10304
Burger Service Nummer vrouw	peri22-dataelement-10030
unieke identificatie vrouw binnen de praktijk	peri22-dataelement-10031
partusnummer	peri22-dataelement-20500
etniciteit vrouw	peri22-dataelement-10400
<i>Gegevens zorgperiode moeder algemeen</i>	
datum start zorgverantwoordelijkheid zwangerschap	peri22-dataelement-20290
Zorginstelling waarvan zorg is overgenomen	peri22-dataelement-20320

Gegevensrichtlijn, Aanlevering PRNkernset, Perinatale zorg, Verloskunde/obstetrie



reden overdracht/overname/beëindiging zorg	peri22-dataelement-20331 en peri22-dataelement-20371
Eindverantwoordelijke in welke perinatale periode?	peri22-dataelement-20355
datum einde zorgverantwoordelijkheid zwangerschap	peri22-dataelement-20340
wel/geen overdracht aan gynaecoloog	peri22-dataelement-20360 in combinatie met code 01.046 bij peri22-dataelement-20366
nummer van de praktijk waaraan is overgedragen (gynaecoloog)	peri22-dataelement-20368 in combinatie met code 01.046 bij peri22-dataelement-20366
datum van overdracht aan gynaecoloog	peri22-dataelement-20362 in combinatie met code 01.046 bij peri22-dataelement-20366
perinatale periode van overdracht aan gynaecoloog	peri22-dataelement-20367 in combinatie met code 01.046 bij peri22-dataelement-20366
<i>Gegevens zorgperiode zwangerschap</i>	
gewicht bij intake	peri22-dataelement-20211
lengte zwangere bij aanvang zwangerschap	peri22-dataelement-20212
Bestaande ziekten en bijzonderheden vrouw in algemene anamnese, relevant voor zwangerschap/baring	peri22-dataelement-82020
Indien bestaande ziekten en bijzonderheden vrouw: Soort ziekten en bijzonderheden vrouw, relevant voor zwangerschap/baring	peri22-dataelement-10804, peri22-dataelement- 10805, peri22-dataelement-80817,peri22- dataelement-80818, peri22-dataelement-80905, peri22-dataelement-80906, peri22-dataelement- 80907, peri22-dataelement-80908, peri22- dataelement-80909, peri22-dataelement-80910, peri22-dataelement-80912, peri22-dataelement- 80913, peri22-dataelement-80914, peri22- dataelement-80915, peri22-dataelement-80916, peri22-dataelement-80917, peri22-dataelement- 80918, peri22-dataelement-80919, peri22- dataelement-80939, peri22-dataelement-80940, peri22-dataelement-82159, peri22-dataelement- 82210, peri22-dataelement-82211, peri22- dataelement-82212,peri22-dataelement-82213, peri22-dataelement-82216, peri22-dataelement- 82217, peri22-dataelement-82218, peri22- dataelement-82219, peri22-dataelement-82220, peri22-dataelement-82221 en peri22- dataelement-82222
graviditeit (incl. deze)	peri22-dataelement-20010
pariteit	peri22-dataelement-20150
Indien pariteitsnummer >= 1. Datum van de vorige bevalling	peri22-dataelement-80694
Indien gravida >1. Bijzonderheden in obstetrische anamnese mbt een vorige zwangerschap, baring, nageboortetijdperk of neonaat.	peri22-dataelement-10598, peri22-dataelement- 10605, peri22-dataelement-10606, peri22- dataelement-10607, peri22-dataelement-80623, peri22-dataelement-80674, peri22-dataelement- 80719, peri22-dataelement-80997, peri22- dataelement-81002, peri22-dataelement-82041, peri22-dataelement-82046 en peri22- dataelement-82214
Indien gravida >1 en bijzonderheden voorgeschiedenis. Soort bijzonderheden in obstetrische anamnese mbt een vorige zwangerschap, baring, nageboortetijdperk of neonaat.	peri22-dataelement-10598, peri22-dataelement- 10605, peri22-dataelement-10606, peri22- dataelement-10607, peri22-dataelement-80623, peri22-dataelement-80674, peri22-dataelement- 80719, peri22-dataelement-80997, peri22- dataelement-81002, peri22-dataelement-82041, peri22-dataelement-82046 en peri22- dataelement-82214
vrouwelijke genitale verminking	peri22-dataelement-80675

Gegevensrichtlijn, Aanlevering PRNkernset, Perinatale zorg, Verloskunde/obstetrie



type vrouwelijke genitale verminking	peri22-dataelement-80676
rookgedrag	peri22-dataelement-80810
á terme datum	peri22-dataelement-82160
conclusie risicostatus zwangere/zwangerschap na intake	peri22-dataelement-20305
Is er sprake van zwangerschapsgerelateerde hypertensie?	peri22-dataelement-82275
Indien sprake is van zwangerschapsgerelateerde hypertensie: Aanwijzingen deze zwangerschap voor zwangerschapshypertensie, (gesuperponeerde) pre-eclampsie, HELLP. Definities cf Vademecum (ISSHP)	peri22-dataelement-82275
Overige problemen tijdens deze zwangerschap inclusief einde zwangerschap voor 22 weken.	peri22-dataelement-80747, peri22-dataelement-82102, peri22-dataelement-82269, peri22-dataelement-82270, peri22-dataelement-82271, peri22-dataelement-82273, peri22-dataelement-82274, peri22-dataelement-82276, peri22-dataelement-82277, peri22-dataelement-82278, peri22-dataelement-82279, peri22-dataelement-82280, peri22-dataelement-82286 en peri22-dataelement-82289
Indien overige problemen in zwangerschap=ja: Benoeming overige problemen tijdens deze zwangerschap inclusief einde zwangerschap voor 22 weken.	peri22-dataelement-80747, peri22-dataelement-82102, peri22-dataelement-82269, peri22-dataelement-82270, peri22-dataelement-82271, peri22-dataelement-82273, peri22-dataelement-82274, peri22-dataelement-82276, peri22-dataelement-82277, peri22-dataelement-82278, peri22-dataelement-82279, peri22-dataelement-82280, peri22-dataelement-82286 en peri22-dataelement-82289
voorgenomen plaats baring tijdens de zwangerschap	peri22-dataelement-20261
wijze waarop de baring begon	peri22-dataelement-20550
<i>Gegevens zorgperiode baring</i>	
interventie begin baring	peri22-dataelement-20560
motivatie interventie baring	peri22-dataelement-20570
datum en tijdstip actieve ontsluiting	peri22-dataelement-20590
datum en tijdstip breken vliezen	peri22-dataelement-80619
kleur vruchtwater	peri22-dataelement-20610
tijdstip actief meepersen	peri22-dataelement-30030
ligging bij geboorte	peri22-dataelement-40140
Overige problemen bij baring	peri22-dataelement-82290, peri22-dataelement-82292, peri22-dataelement-82293, peri22-dataelement-82294, peri22-dataelement-82295 en peri22-dataelement-82296
Soort overige problemen bij baring	peri22-dataelement-82290, peri22-dataelement-82292, peri22-dataelement-82293, peri22-dataelement-82294, peri22-dataelement-82295 en peri22-dataelement-82296
toediening bijstimulatie	peri22-dataelement-20616
Sedatie?	peri22-dataelement-80827
Pijnbestrijding?	peri22-dataelement-82090
Epiduraal analgesie (niet t.b.v. sectio)	peri22-dataelement-82089, peri22-dataelement-82092 en peri22-dataelement-82097
Pijnbestrijding/anesthesie gegeven tijdens de baring	peri22-dataelement-82092, peri22-dataelement-82095 en peri22-dataelement-82096
vaginale kunstverlossing	peri22-dataelement-80626
soort vaginale kunstverlossing	peri22-dataelement-40190
sectio caesarea	peri22-dataelement-80626

Gegevensrichtlijn, Aanlevering PRNkernset, Perinatale zorg, Verloskunde/obstetrie



beslismoment sectio	peri22-dataelement-80626 en peri22-dataelement-40225
indicatie sectio caesarea	peri22-dataelement-40230
type anesthesie sectio	peri22-dataelement-82092
episiotomie	peri22-dataelement-30050 en peri22-dataelement-30055
overige interventies	peri22-dataelement-40240
rol aanpakker kind	peri22-dataelement-40150
rol supervisor/operationeel verantwoordelijke	peri22-dataelement-40170
werkelijke plaats baring (type locatie)	peri22-dataelement-40003 en peri22-dataelement-20530
ziekenhuisnummer geboorte LVR-id	peri22-dataelement-40005
hoeveelheid bloedverlies tijdens baring/nageboortetijdperk	peri22-dataelement-20640
conditie perineum postpartum	peri22-dataelement-80673
reden einde zwangerschap	peri22-dataelement-80625
<i>Gegevens kind</i>	
geslacht (medische observatie)	peri22-dataelement-40041
geboortedatum en tijdstip kind	peri22-dataelement-40050
Het aantal kinderen dat na de 16e zwangerschapsweek is geboren.	peri22-dataelement-20505
rangnummer kind	peri22-dataelement-40025
BSN kind	peri22-dataelement-40010
apgarscore na 5 minuten	peri22-dataelement-40071
geboortegewicht	peri22-dataelement-40060
Problemen kind eerste 24 uur na de geboorte	peri22-dataelement-80789
Indien problemen kind 0-24 uur is ja. Problemen kind eerste 24 uur na de geboorte	peri22-dataelement-80789
substantie voeding kind	peri22-dataelement-70030
wel/geen congenitale afwijkingen	peri22-dataelement-40080 en peri22-dataelement-40110
specificatie congenitale afwijkingen	peri22-dataelement-40090 en peri22-dataelement-40120
wel/geen overdracht aan pediater	peri22-dataelement-20360 in combinatie met code 01.019 bij peri22-dataelement-20366
nummer van de praktijk waaraan is overgedragen (pediater)	peri22-dataelement-20368 in combinatie met code 01.019 bij peri22-dataelement-20366
datum van overdracht aan pediater	peri22-dataelement-20362 in combinatie met code 01.019 bij peri22-dataelement-20366
perinatale periode van overdracht aan pediater	peri22-dataelement-20367 in combinatie met code 01.019 bij peri22-dataelement-20366
<i>Gegevens zorgperiode nageboortetijdperk</i>	
wijze begeleiding nageboortetijdperk	peri22-dataelement-20626 en peri22-dataelement-20630
Problemen moeder eerste 24 uur postpartum	peri22-dataelement-82208
Indien problemen = ja. Problemen moeder eerste 24 uur postpartum	peri22-dataelement-82209
<i>Gegevens zorgperiode mortaliteit</i>	
perinatale sterfte	peri22-dataelement-40280
fase perinatale sterfte	peri22-dataelement-40290 en peri22-dataelement-40300
sterfte vrouw	peri22-dataelement-20670

Gegevensrichtlijn, Aanlevering PRNkernset, Perinatale zorg, Verloskunde/obstetrie



Bijlage 7 Literatuuronderzoek

1. Introductie

1.1 Inleiding

Deze literatuurstudie richt zich op de wijze waarop de perinatale zorg in Nederland kan worden verbeterd door toepassing van ICT. Perinatale zorg omvat de zorg rondom de zwangere moeder, de bevalling en het pasgeboren kind. Het verbeteren van de perinatale zorg in Nederland is van belang omdat het perinatale sterftecijfer hoger ligt dan in andere vergelijkbare Europese landen (Evers et al., 2010).

Een mogelijkheid om de perinatale zorg te verbeteren is het gebruik van een speciale gegevensverzameling, een 'data warehouse' (DWH). Een DWH is een subject georiënteerde gegevensverzameling waarin de data voor verschillende processen geraadpleegd kunnen worden zonder dat de bronsystemen belast worden. Om een DWH in de perinatale zorg te verwezenlijken moet een uitgebreide organisatie worden opgezet die zowel het opzetten en onderhouden van een DWH op zich neemt als het promoten en bevorderen van het gebruik ervan.

In ons land is Stichting Perined opgericht. Deze heeft als doel om de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland te verbeteren. Dat doet Perined door zo veel mogelijk informatie van verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen te verzamelen en analyseren. Instrumenten daarbij zijn perinatale registraties en audits.

Het beschikken over een sectorbrede geautomatiseerde perinatale registratie in het DWH is van grote waarde omdat dit mogelijkheden geeft voor wetenschappelijk onderzoek, vergelijkingen en het vaststellen van indicatoren. In deze studie worden randvoorwaarden voor het realiseren van een dergelijke DWH nader onderzocht.

Leeswijzer

1.2 - In de paragraaf *Context* wordt vanuit de literatuur de huidige situatie in de perinatale zorg m.b.t. de kraamzorg weergegeven. De dataverwerking van kraamzorgdata in een DWH vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Ook wordt hier uitleg gegeven over de plaats van de kraamzorg in de perinatale zorg en hoe kraamzorgdata gemonitord kan worden.

1.3 - In de paragraaf over de relevantie wordt ingegaan waarom het maatschappelijk en wetenschappelijk relevant is waarom deze opdracht wordt uitgevoerd.

1.4 - In deze paragraaf wordt de probleemstelling omschreven en aangegeven op welke punten dit onderzocht moet worden.

1.5 – De probleemstelling van 1.4 wordt hier nader uitgewerkt en gekoppeld aan deelvragen voor verder onderzoek.

2 - De onderzoekaankpak geeft de vragen weer waarop vanuit de literatuur een antwoord gegeven moet worden inclusief zoektermen en onderzoeksmethode.

3 - Het zoekproces en de literatuurkeuze

4- In de paragraaf *Resultaten* wordt antwoord gegeven op de vragen uit paragraaf 2 met een onderbouwing vanuit de literatuur.

5 – De paragraaf *Conclusies* omvat de conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek.

1.2 Context

De Nederlandse situatie

De Nederlandse perinatale zorg is onder te verdelen in een eerste-, tweede- en derdelijnszorg (Van Beek, 2009). In Nederland kunnen cliënten tijdens de zwangerschap kiezen om thuis te bevallen of in het ziekenhuis. Thuis bevallen valt onder de eerstelijnszorg en gebeurt onder leiding van een HBO-gechoolde verloskundige die geassisteerd wordt door een kraamhulp (Jonge de et al., 2013). Dit is uniek in Europa omdat in andere landen de bevalling altijd wordt begeleid door een academisch geschoolde arts.

Integratie van kraamzorgdata in het Perined DWH

Zoals aangeduid in de inleiding, ligt het perinatale sterftecijfer in Nederland hoger dan in andere vergelijkbare Europese landen. Evers (Evers et al., 2010) stelt dat de gerapporteerde hoge perinatale sterfte in Nederland aanleiding geeft om de veiligheid van de eerstelijnszorg rondom geboorten - en in het bijzonder de thuisbevallingen - in twijfel te trekken.

Stichting Perined is opgericht om de hoge perinatale sterfte in Nederland naar beneden te brengen. Belangrijke instrumenten daarbij zijn perinatale registraties en perinatale audits. Bij perinatale registraties leggen verloskundigen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen hun gegevens over geboortezorg vast met als doel inzicht te krijgen in de kwaliteit van de door hen geleverde zorg en deze te verbeteren (bron, Perined). Perinatale audits daarentegen worden uitgevoerd bij de zorg rondom bepaalde aandoeningen of ziektebeelden (morbiditeit) of sterfte (mortaliteit) voor, tijdens of na de geboorte van het kind. Tijdens zo'n perinatale audit analyseren zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg (bron, Perined).

De perinatale registraties en perinatale audits zijn van belang om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren (Dien et al., 2010). Om de perinatale data van moeder en kind beschikbaar te stellen voor analyses, statistisch onderzoek, het uitvoeren van benchmarking, het bepalen van kwaliteitsindicatoren en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, worden deze data opgeslagen in de Perined Data Warehouse (DWH). Deze DWH dient nog verder uitontwikkeld te worden, maar wordt al wel gebruikt door Perined.

Bij de ontwikkeling van Perined DWH stuit men op een aantal problemen te weten:

1. Veel kraamzorgdata in de eerstelijnszorg worden vaak niet digitaal vastgelegd. Het verzamelen van data gebeurt niet gestructureerd en er wordt slecht gearchiveerd (Vos & Graafmans, 2007);
2. Er zijn veel verschillende partijen werkzaam in de kraamzorg, dat maakt het verzamelen van gegevens complex (Beek, 2009);
3. Nederland heeft door de eerstelijnszorg een unieke zorgstructuur waarop het DWH aangepast dient te worden. Voorbeelden uit het buitenland van clinical DWH's rondom perinatale zorg zijn van toepassing op een ziekenhuissetting en niet op de eerstelijnszorg thuis zoals wij die kennen (Yoo et al., 2014).

Hieronder worden bovenstaande punten toegelicht.

Ad 1. Wat niet wordt meegenomen in de perinatale registratie, zijn de data die tijdens de kraamzorg worden vastgelegd in een zorgdossier. De kraamzorg omvat volgens Van Beek (2009) de steun bij bevalling, normale neonatale zorg en de 7 tot 10 dagen kraamperiode voor moeder en kind. De zorg vindt doorgaans thuis plaats, of in een zogenaamd kraamhotel. Onderzoek dat werd uitgevoerd door Vos (2007) wijst uit dat in de kraamzorg de registratie zeer matig is. Hij stelt dat de hoeveelheid geregistreerde data beperkt is en de archivering slecht gestructureerd. Dossiers blijven vaak achter

bij de moeder, waardoor ook de data op schrift niet centraal worden verzameld (Vos & Graafmans, 2007). De kraamzorgaanbieders zijn verplicht om een overdracht te doen via een overdrachtsdocument naar de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij het beëindigen van de kraamperiode. Deze overdracht voldoet volgens het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) niet aan de beschikbare normen die gelden voor de kraamzorg en JGZ (IGZ, 2014). Het resultaat hiervan is dat de kraamzorgdata vaak onvolledig zijn.

Ad 2. Een complicerende factor is dat er in de kraamzorg veel soorten instanties werkzaam zijn (Van Beek, 2009). Kraamverzorgenden werken veelal in loondienst van zorgorganisaties. Deze variëren in omvang en in mate van specialisatie. Er zijn vijf soorten kraamzorgaanbieders: thuiszorginstellingen, gespecialiseerde kraamzorgorganisaties, bemiddelingsbureaus waarbij zelfstandige kraamverzorgenden zijn aangesloten en kraamzorghotels en geboortehotels (Beek, 2009). Kortom: het verzamelen van kraamzorggegevens voor een DWH en het bewerkstelligen van een zorgvuldig meetproces is behoorlijk complex.

Ad 3. Alle data met betrekking tot de perinatale zorg zouden verzameld moeten worden in een clinical DWH. De onderzoeksgegevens die voorhanden zijn, zijn afkomstig uit een ziekenhuissetting en zijn dus niet direct van toepassing op de kraamzorg in de thuissituatie (Yoo et al., 2014). Goossen en Dille (2013) hebben een ontwerp gemaakt voor het opzetten van een clinical DWH. Hier worden zorgdata uit diverse bronsystemen verzameld (W. T. F. Goossen & Dille, 2013) voor invoering in een DWH. Deze bronsystemen zijn in feite afdelingen binnen de zorg waar data geproduceerd en/of verzameld worden. Het opzetten van een clinical DWH is niet eenvoudig omdat de data van uitstekende kwaliteit moeten zijn, aan wettelijke eisen dienen te voldoen en op de juiste wijze ingevoerd moeten worden (W. T. F. Goossen & Dille, 2013).

1.3 Relevantie

Maatschappelijke relevantie:

Het is maatschappelijk gezien van enorm belang dat de kwaliteit van de perinatale zorg wordt verbeterd zodat het relatief hoge perinatale sterftecijfer verminderd kan worden. Om dit te kunnen onderzoeken en bereiken is het nodig dat kraamzorgdata volledig zijn en gestructureerd worden verzameld.

Wetenschappelijke relevantie:

Dit literatuuronderzoek is met name van belang doordat in een complexe omgeving met veel actoren onderzocht wordt wat de randvoorwaarden zijn voor het invoeren van kraamzorgdata in een DWH.

Een goed opgezette Perined DWH is een onmisbare bron voor diverse wetenschappelijke studies rondom de perinatale zorg. Met kwalitatief goede kraamzorgdata in het Perined DWH kunnen onder andere mogelijk causale verbanden gelegd worden tussen incidenten en geregistreerde zorgfeiten. Dit kan wellicht een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland.

1.4 Probleemstelling

Zoals omschreven in de context, is duidelijk dat in de Nederlandse perinatale zorg de kraamzorgdata nauwelijks digitaal en vaak schriftelijk gerapporteerd worden. Ook blijkt dat registratie binnen de kraamzorg niet volledig en eenduidig is. Doordat kraamzorgdata niet in het Perined DWH komen, kunnen deze geen dienstdoen als aanvullende brondata voor zorgverleners, onderzoekers en

beleidsmakers en een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland. Bijkomend probleem is dat er nog weinig bekend is over het georganiseerd opslaan van kraamzorgdata (data uit de eerstelijnszorg) in een DWH. Zonder deze cruciale gegevens zijn de perinatale zorgdata niet compleet.

1.5 Opdrachtformulering

Het doel van de opdracht is om te onderzoeken wat de invloed van kraamzorgdata-integratie in een het Perined DWH is op de kwaliteit van de perinatale zorg en hoe deze kraamzorgdata gestructureerd geïntegreerd kunnen worden in het Perined DWH. Dit zijn in feite twee hoofdvragen. Deze worden hieronder nader toegelicht

A. Hoofdvraag: Wat is de invloed van de kraamzorgdata-integratie op de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg?

Om hoofdvraag A te kunnen beantwoorden is gekomen tot de volgende deelvragen:

1. Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd

Om de kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH goed in de context van de perinatale zorg te kunnen plaatsen is het van belang om te onderzoeken hoe de perinatale zorg georganiseerd is en welke partijen hierbij betrokken zijn. Ook is van belang hoe deze informatie zich verhoudt tot de kraamzorg data.

2. Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld en in relatie tot het Perined DWH

Omdat we de kraamzorgdata willen integreren in het Perined DWH zal onderzocht moeten worden hoe de huidige informatievoorziening georganiseerd is. Maar ook waar de data vandaan komt en hoe deze data verzameld moet worden in het Perined DWH. Belangrijke aandachtspunten zijn de organisatorische opbouw van het Perined DWH en hoe de zorgdata gestandaardiseerd en gestructureerd wordt. Dit moet een uitgangspunt zijn voor de kraamzorgdata.

3. Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en Perinatale registratie op de perinatale sterfte

Deze vraag moet antwoord geven hoe de huidige stand van zaken is met betrekking tot de kwaliteit in de perinatale zorg. Een belangrijk onderdeel hierbij zijn de zorgfeiten en de implicaties, maar ook op basis van welke factoren een indeling plaatsvindt. Ook zal dit zicht moeten geven of de uitwerking van de perinatale audits en perinatale registraties tot dusver een positieve bijdrage hebben geleverd.

4. Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een Strategisch ICT-management perspectief

De kraamzorgdata-integratie zal het Perined DWH verrijken met extra informatie. Dit kan van waarde zijn voor verschillende partijen. Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek is, of er iets is te vinden hoe de kraamzorgdata-integratie zou kunnen bijdragen vanuit een strategisch ICT-management perspectief. Een verdieping van het begrip strategisch ICT-management moet meer inzicht geven voor deze bijdrage.

B. Hoofdvraag: Hoe kunnen kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd worden;

Om hoofdvraag B te kunnen beantwoorden is gekomen tot de volgende deelvragen:

5. Hoe wordt de perinatale data verzonden en opgeslagen in het Perined DWH

Perinatale data wordt verzonden en opgeslagen. Dit zal volgens bepaalde protocollen verlopen. Bij het gestructureerd integreren van kraamzorgdata zal onderzocht moeten worden aan welke specificaties deze data zal moeten voldoen voordat het kan worden opgeslagen in het Perined DWH

6. Welke vorm van monitoring is van toepassing op de kraamzorg

Voor het verkrijgen van data in de kraamzorg zal eerst onderzocht moeten worden welke vorm van monitoring van toepassing is op de kraamzorg. Wat verstaat men onder monitoring, hoe gaat dit in zijn werking en is deze voldoende gevalideerd en om goed uit te kunnen voeren in de kraamzorg.

7. Wat is de gebruikersacceptatie en praktijkervaring met monitoring in de perinatale zorg

In geval van een monitoring die van toepassing kan zijn op de kraamzorg is belangrijk om meer te weten over de gebruikersacceptatie. Een gebruikersacceptatie laat zien in hoeverre de monitoring toegepast kan worden en of alle doelgroepen de vorm van monitoring accepteren en uitvoeren. Gezien monitoring een ICT-toepassing is kan ook gekeken worden wat de strategische managementwaarde is van de uitkomsten van de gebruikersacceptatie.

Samengevat:

Nr.	Deelvragen	Hoofdvraag
1	Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd	A
2	Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld en in relatie tot het Perined DWH	A
3	Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en Perinatale registratie op de perinatale sterfte	A
4	Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een Strategisch ICT-management perspectief	A
5	Hoe wordt de perinatale data verzonden en opgeslagen in het Perined DWH	B
6	Welke vorm van monitoring is van toepassing op de kraamzorg	B
7	Wat is de gebruikersacceptatie en praktijkervaring met monitoring in de perinatale zorg	B

2. Onderzoeksaanpak

Het doel van de literatuurstudie is om een antwoord te krijgen waarom er geen kraamzorgdata in het Perined DWH geïntegreerd worden en hoe dat wel tot stand gebracht zou kunnen worden om zodoende een bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Concrete vragen die vanuit de wetenschappelijke literatuur gesteld moeten worden om het literatuuronderzoek op wetenschappelijk verantwoorde manier uit te voeren zijn:

2.1 Fysieke en digitale bibliotheek

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de digitale bibliotheek van de Open Universiteit (OU). Dit is een wetenschappelijke digitale bibliotheek met abonnementen op andere digitale literatuurbronnen. De zoekmachines gebruikt binnen de digitale bibliotheek van de OU zijn Google Scholar' en 'EBSCO host.

Er is voor het voorbereidend onderzoek geen gebruik gemaakt van een fysieke bibliotheek. Enkele boeken die op de literatuurlijst staan vermeld, zijn wel in eigen beheer gebruikt.

2.2 Zoekcriteria en zoektermen

Taalgebied

Wetenschappelijke publicaties zijn veelal in het Engels en de zoekacties lieten 95% meer bruikbare resultaten in het Engels zien dan in het Nederlands. Rapportages die op een Nederlands publiek gericht waren, kwamen in Google met goede zoekresultaten naar boven.

Publicatieperiode

De vroegste verwijzing in het literatuuronderzoek is 2007. In dat jaartal geeft Vos (2007) aan dat de data van de kraamzorg niet digitaal is en niet of nauwelijks wordt overgedragen. Vroegere publicaties zijn om de wetenschappelijke waarde te respecteren niet meegenomen.

Geografisch gebied

Afhankelijk van het onderwerp en zoekwoord is in de eerste instantie uitgegaan van wereldwijde informatie. Voor typisch Nederlands gerelateerde onderwerpen is het geografisch zoekgebied beperkt.

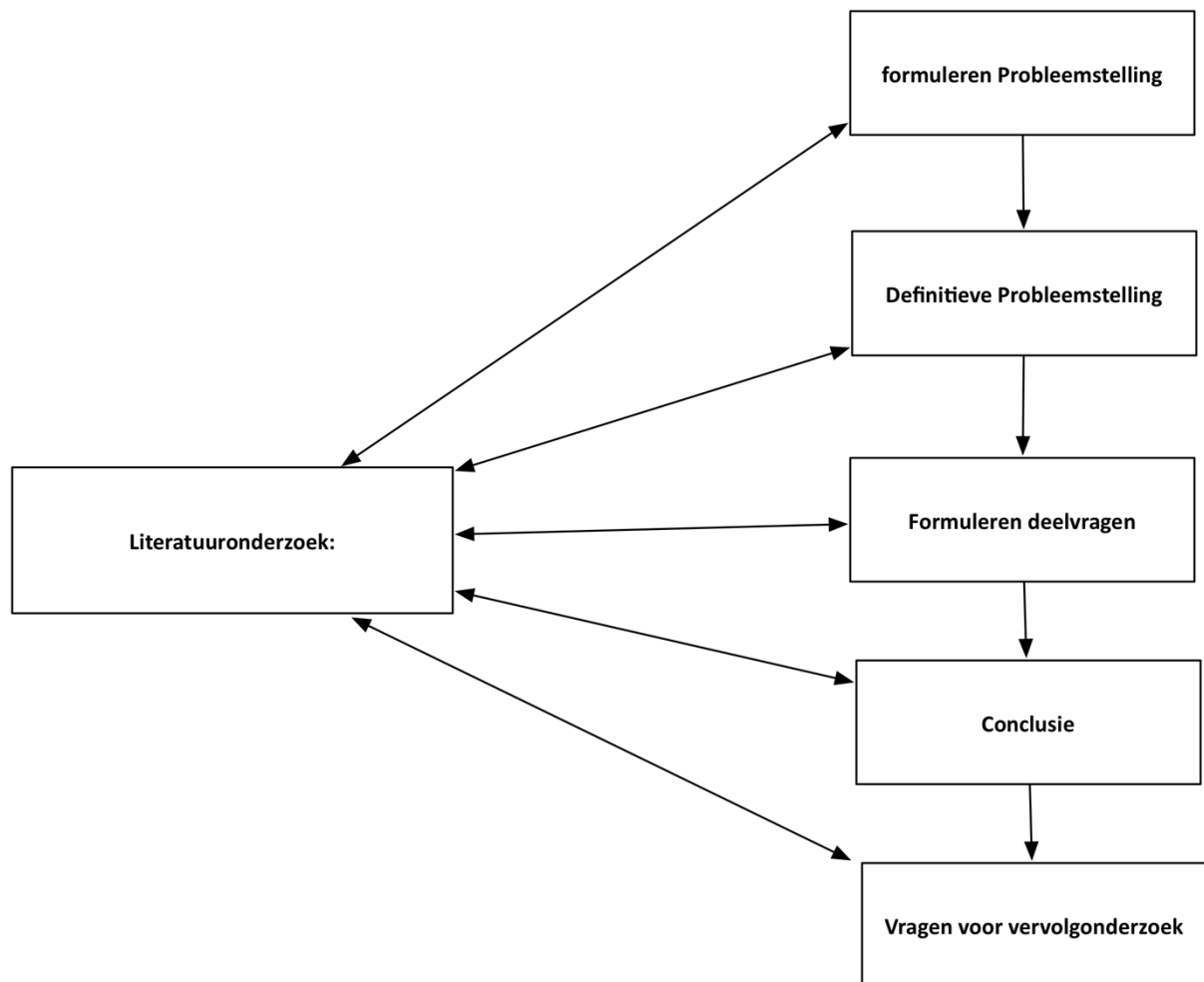
Soort literatuur

Zoals in de eisen van de voorbereiding afstudeeropdracht staat mogen alleen peer reviewde artikelen gebruikt worden die gepubliceerd zijn in journalen, proceedings of proefschriften.

Zoektermen:

Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
<ul style="list-style-type: none"> • Perinatale zorg • Kraamzorg Nederland • Kraamzorg Nederland model • Meetinstrumenten kraamzorg • Methodologie kraamzorg • Methodologie kraamzorg meetinstrumenten • DWH kraamzorg • Data ware house kraamzorg • Strategisch ICT management 	<ul style="list-style-type: none"> • Perinatal care • Maternity care Netherlands • Netherlands maternity care model • Monitoring maternity care • Methodology maternity care • Monitoring maternity care methodology • DWH maternity care • Data ware house maternity care • Strategic ICT management

Het onderzoek bestaat uit twee deelonderzoeken. Het eerste onderzoek is gericht op hoe de kraamzorgdata in het Perined DWH geïntegreerd moeten worden. Het tweede gedeelte is gebaseerd op de invloed van kraamzorgdata-integratie op de kwaliteit van de perinatale zorg. Voor zowel de kraamzorgdata-integratie als voor de invloed van de kraamzorgdata op de kwaliteit van de perinatale zorg wordt een literatuuronderzoek gedaan. De resultaten bestaan uit de antwoorden op de deelvragen. Hieruit kunnen de conclusies worden getrokken en een voorstel voor vervolgonderzoek. Voor aanpak literatuuronderzoek zie afbeelding 1.



Afbeelding 9 Aanpak literatuuronderzoek

2.3 Het zoekproces

Startpunt voor het zoekproces is dr. W. Goossen. Hij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de basis voor de clinical DWH (W. T. F. Goossen & Dille, 2013). Ook is met hem persoonlijk contact geweest. Dankzij hem is veel informatie verkregen over de huidige stand van zaken in de Perinatale zorg. Een andere belangrijke bron vormde een document van de hand van Vos (2007). Ook deze informatie is gebruikt in het literatuuronderzoek. Dit resulteerde in de uitgangspunten van het verdere zoekproces en de vraagstelling. Via de zoektermen zoals omschreven in 3.2 en zoekcombinaties in 'Google Scholar' en 'EBSCO host', zijn resultaten verkregen die relevant zijn voor het literatuuronderzoek. Zo zijn er veel resultaten gevonden over de perinatale zorg. Het gehele zoekproces is handmatig in een logboek bijgehouden, inclusief zoektermen en relevante informatie om de literatuur weer terug te kunnen vinden. Ook niet opgeslagen artikelen staan vermeld in het logboek.

2.4 De literatuurkeuze

Het zoekproces resulteerde in een enorme lijst met artikelen. Om de lijst bruikbaar te maken voor het literatuuronderzoek is een selectie gemaakt op basis van de criteria van (Saunders et al., 2009):

- De onderzoeksvragen en doelen in de literatuur moeten zo veel mogelijk overeenkomen met de onderzoeksvragen en doelen van het onderzoek;

- De publicatiedata moeten recent zijn;
- De gevonden literatuur moet passen in de context van het onderzoek;
- Zijn er referenties naar de artikelen en zijn deze bruikbaar;
- Het is met betrekking tot het item zinvol om bij zowel bij het ondersteunen als het tegenspreken van argumenten het artikel te lezen.

De gebruikte literatuur staat in de referentielijst.

3. Resultaten

Op basis van de gevonden literatuur kan antwoord worden gegeven op de deelvragen die vooraf aan het onderzoek zijn gesteld.

A. Wat is de invloed van de kraamzorgdata-integratie op de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg?

1. Hoe is de perinatale zorg in Nederland georganiseerd:

De perinatale zorg in Nederland is uitzonderlijk in Europa en loopt van preconceptie (het overwegen en het ontstaan van een zwangerschap) tot en met de overdracht aan de Jeugdgezondheidszorg. Eerstelijnszorg wordt bij zogeheten lage-risico-zwangeren aangeboden. Zonder tussenkomst van een gynaecoloog, vindt de bevalling thuis plaats onder leiding van een verloskundige. Ook kan men kiezen voor een zogenaamd kraamhotel als alternatief voor de thuisbevalling binnen de eerstelijnszorg. De kraamhulp richt zich na de geboorte op de verzorging van moeder en kind, het huishouden en het weer op gang brengen van het familieleven. In deze periode van de eerstelijnszorg, de kraamzorgperiode, zal de kraamzorgdata verzameld moeten worden. Als zich echter een risico voordoet rondom de zwangerschap, wordt de cliënt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Deze tweedelijnszorg vindt plaats in en vanuit het ziekenhuis en wordt verleend door verloskundigen en gynaecologen. De derdelijnszorg omvat de zeer gespecialiseerde zorg zoals bijvoorbeeld infertiliteitbehandelingen en neonatologie (de zorg voor zieke of vroeggeboren zuigelingen).

a) Eerstelijnszorg

De verloskundige zorg bestaat uit preventie, controles, voorlichting, ondersteuning bij de bevalling en postnatale zorg voor moeder en kind. De verloskundige wordt ondersteund door de kraamverzorgende. De kraamzorg is geen verloskundige en is volgens Van Beek (2009) de steun bij bevalling, normale neonatale zorg en de 7-10 dagen kraamperiode voor de moeder. Het betreft hier een kraamhotel of thuislocatie met bezoek door de kraamverzorgende. De eerstelijnszorg is dus de belangrijke bron voor de kraamzorgdata.

b) Tweedelijnszorg

Ziekenhuiszorg. Derdelijnszorg: de zeer gespecialiseerde zorg zoals b.v. infertiliteitbehandelingen en neonatologie (Beek, 2009).

c) Derdelijnszorg

Dit is de zeer gespecialiseerde zorg zoals b.v. infertiliteitbehandelingen en neonatologie (de zorg voor zieke of vroeggeboren zuigelingen).

Omdat de kraamzorgdata deel uitmaakt van de perinatale zorgdata wordt de kraamzorg hieronder toelicht.

De betrokkenheid van de kraamzorg in de zorgprocessen bij de vrouw, kind en het hoofdproces is weergegeven in afbeelding 6. De groen gearceerde momenten maken deel uit van de kraamzorg en geven aan waar de kraamzorgdata vandaan komt.

Hoofdproces:

Preconceptie → Zwangerschapsperiode → **Bevalling** → **Kraamtijd** → Nazorg

Proces voor de vrouw:

Intake → Zwangerschapscontroles → **Bevalling** → **Kraambed** → Follow-up

Proces voor het kind:

Prenatale controle en afhandeling → **Geboorte** → **Kraamtijd** → Follow-up

Afbeelding 10 Betrokkenheid van de kraamzorg in de perinatale zorg

Groen = kraamzorg

2. Hoe is de informatievoorziening in de perinatale zorg geregeld en in relatie tot het Perined DWH

a. Informatievoorziening in de perinatale zorg

De informatievoorziening is een essentieel onderdeel voor een kwalitatief en sterke perinatale zorgverlening (KNOV, 2015). Het is een complex systeem waarin veel partijen samenwerken. De Perined data warehouse (DWH) vormt daarbij de kern waarin al deze data samenkomen. Voordat de data in het Perined DWH worden opgeslagen, zullen alle partijen in de perinatale keten hun data zo goed mogelijk op elkaar moeten stemmen. Dit wordt beschreven in het PWD *Hoofddocument Gegevensuitwisseling in de perinatale keten* (KNOV, 2015). Het PWD is een samenwerkingsverband tussen de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen Beroepsorganisatie van en voor verloskundigen (KNOV), Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en het expertisecentrum voor standaardisatie en eHealth (Nictiz). PWD-data is opgezet om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de verloskundige keten te verbeteren. PWD stond oorspronkelijk voor Perinataal Webbased Dossier maar is nu de digitale informatie-uitwisseling in de zorg rond zwangerschap en geboorte. Het document omschrijft de samenhang tussen de actoren, processen en inhoud van de gegevensrichtlijnen, datasets, berichten en andere PWD-documenten. Het doel van het PWD is het uitwisselen van patiëntgegevens ter verbetering van de perinatale zorgverlening, screening, diagnostiek en voor het aanleveren van perinatale registraties en wetenschappelijk onderzoek (KNOV, 2015).

b. Herkomst perinatale data

De perinatale data zijn afkomstig van twee hoofdbronnen die afzonderlijk weer bestaan uit deelbronnen uit de eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg (KNOV, 2015). De hoofdbronnen bestaan uit de perinatale audit en perinatale registratie. De perinatale registratie is een registratie dat via een vast protocol en format ingevuld en verstuurd wordt. Dit is vastgelegd in de gegevensrichtlijn aanlevering PRNkernset, Perinatale zorg, Verloskunde/obstetrie (KNOV, 2015). Deze gegevensrichtlijn is ingesteld omdat er gestreefd wordt naar eenheid in de grote variatie aan aanleverformaten in de perinatale zorg.

De Perinatale audit wordt door verschillende partijen volgens een accreditatiesysteem ingevuld in geval van bepaalde aandoeningen of ziektebeelden (morbiditeit) of sterfte (mortaliteit) voor, tijdens of na de geboorte van het kind.

Perinatale registratie:

De data omtrent de Perinatale Registratie (PRN) zijn afkomstig van de vier beroepsgroepen die zich

bezighouden met geboortezorg (KNOV, 2015). De Kraamzorg zit hier niet bij omdat de kraamzorgdata (nog) niet wordt betrokken bij de perinatale registratie. Dit terwijl juist de data uit de kraamzorgperiode een belangrijke toegevoegde waarde heeft voor de kwaliteit van de perinatale zorg (Escuriet et al., 2015).

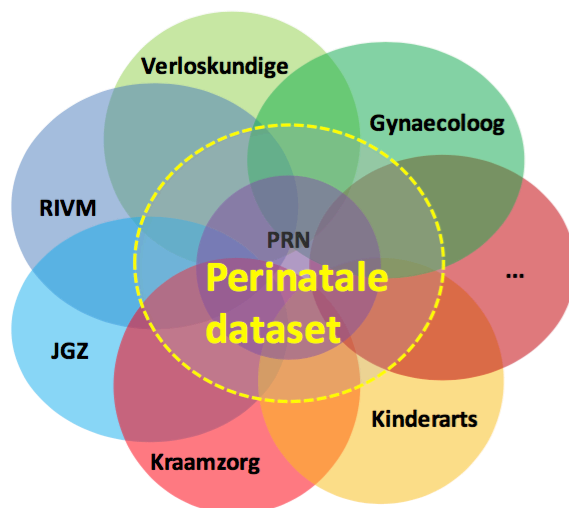
Vier beroepsgroepen:

- Verloskundigen
- Huisartsen
- Gynaecologen
- Kinderartsen/neonatologen

Naast de bovenstaande vier beroepsgroepen is ook de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) betrokken bij uitwisseling van gegevens binnen de perinatale zorgketen. Het kind krijgt vanaf de geboorte een eigen dossier bij de JGZ en van hieruit worden ook gegevens uitgewisseld tussen bijvoorbeeld het laboratorium, JGZ en/of huisarts (KNOV, 2015).

Tijdens en na de zwangerschap kan de patiënt prenatale screening of diagnostiek worden aangeboden. Dit gebeurt in goed overleg met de patiënt. Bij het akkoord gaan met het uitvoeren van het onderzoek gebruikt het RIVM de gegevens van de screeningsprogramma's en diagnostisch onderzoek voor statistische analyses en bewaking van de kwaliteit van de screening (KNOV, 2015).

In afbeelding 3 is schematisch weergegeven dat de kraamzorgdata een deelverzameling is van het grote geheel in de perinatale zorgdata.



Afbeelding 3 Schematische voorstelling van domeinen in de Perinatale dataset (KNOV, 2015)

De registratie door Stichting Perined wordt beheerd door de vier beroepsverenigingen (KNOV, 2015):

1. KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen)
2. LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging, waaronder ook de verloskundig actieve huisartsen verenigd in de VVAH)
3. NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie)
4. NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde)
5. NVVP (Nederlandse Vereniging voor Pathologie)

Perinatale audit:

Perinatale audits worden ingezet om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Dit wordt gedaan door alle VSV's (Verloskundig Samenwerkingsverband) In dit verband evalueren zij de casus van sterfte of morbiditeit (ziekte) systematisch (Perined, 2013):

- Zorgverlening: wat gaat goed en wat moet beter
- Aanpassen: wat, hoe en met wie?
- Aanbevelingen: voor verbeteracties binnen het eigen samenwerkingsverband, bijvoorbeeld op samenwerkingsafspraken.

Volgens Stichting Perined heeft dit geleid tot:

- Betere samenwerking
- Aanbeveling voor richtlijnontwikkeling
- Scholing
- Betere kwaliteit van zorg

c. Opbouw Perined DWH

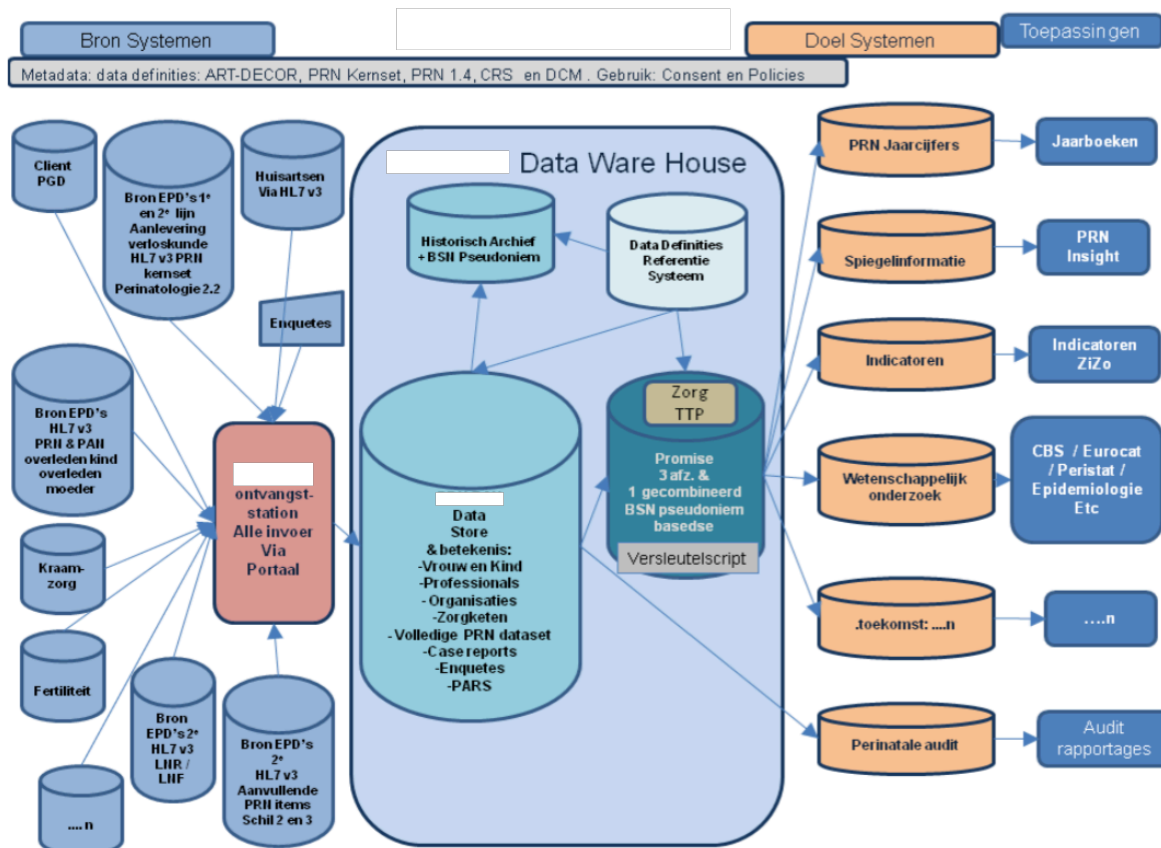
Alle data met betrekking tot de perinatale zorg zouden verzameld moeten worden in een clinical DWH zoals omschreven in de context. Het Perined DWH is om deze reden ook opgezet volgens het principe van de Clinical DWH. Dit is een DWH waarin zorgdata uit bronsystemen worden verzameld (W. T. F. Goossen & Dille, 2013).

Omdat in de gezondheidszorg standaarden voor informatieoverdracht van groot belang zijn, zijn de Detailed Clinical Models (DCM) volgens Goossen een goede manier om zorginformatie te standaardiseren en te structureren. In een DCM wordt zorginformatie over een bepaald onderwerp gedefinieerd voor een clinical DWH.

Schematische weergave:

Data set zorginformatie → standaardisatie data via DCM → Logische uitwerking informatiemodel via DCM → Opslag in Clinical DWH op basis van DCM → Data Marts voor elk data gebruik (W. T. F. Goossen & Dille, 2013)

In een clinical DWH spelen de meta-data een belangrijke rol. Zo zijn Meta-data van belang wat je met de data kan of juist niet. Metadata bevatten gestructureerde informatie. Ze beschrijven, verklaren, lokaliseren de gegevens en maken het makkelijker om informatie op te halen, te gebruiken of te beheren. Metadata zijn eigenlijk data over data of informatie over informatie (NISO, 2004). Hierdoor weet het systeem om te gaan met de verschillende type data. Zie afbeelding 4 voor een impressie van een clinical DWH met bronsystemen en doelsystemen met bijbehorende toepassingen.



Afbeelding 4 Voorbeeld Clinical DWH gebaseerd op (Goossen & Dille, 2013)

3. Wat is de invloed van de invoering van de perinatale audit en Perinatale registratie op de perinatale sterfte

a. Belangrijke factoren bij Perinatale sterfte

Het landelijke systeem van perinatale audit bestaat uit drie pijlers: lokale, regionale en landelijke bijeenkomsten, met ieder een eigen focus (Perined, 2013). In de lokale audit worden de geselecteerde casus perinatale ziekte of sterfte geëvalueerd.

Stichting Perined geeft aan dat alle betrokken zorgverleners in VSV-casussen evalueren bij sterfte of ziekte. Dit gebeurt schematisch en omvat de volgende kernpunten:

- Zorgverlening: wat gaat goed en wat kan beter?
- Aanpassen: wat, hoe en met wie?
- Aanbevelingen: voor verbeteracties binnen eigen samenwerkingsverband

Op landelijk niveau wordt een redactiecommissie gevormd om onderzoek te doen en te komen tot publicaties en aanbevelingen. Een van deze publicaties is de perinatale audit van *à terme sterfte*² 2013 & 2014 (Dijk et al., 2016). In deze publicatie staat een indicatie van mogelijke substandaard factoren (SSF) die een rol spelen. SSF wil zeggen, de zorg die niet voldoet aan de professionele eisen voor gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. De indicatie van de SSF in deze

² *À terme perinatal sterfte wil zeggen, alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken (Dijk et al., 2016).*

publicatie zijn geen 'harde' reproduceerbare uitkomsten maar deze geven wel aan hoe vaak een SSF benoemd wordt als mogelijke oorzaak bij sterfte.

SSF:

1. Substandaard factoren betreffende het onvoldoende volgen van richtlijnen zijn verspreid over verschillende richtlijnen (zie afbeelding 7)
2. Substandaard factoren in de zorgcontext hebben meestal betrekking op communicatie en documentatie (zie afbeelding 8)

Geen adequate:	2013 n	2014 n	Totaal N
Navolging richtlijn foetale bewaking ** (te late/geen actie bij afwijkend CTG; (tijdelijk) geen CTG gemaakt; geen aanvullend MBO; geen actie na mislukken MBO; afname navelstrenggassen vergeten; CTG niet opgeslagen)	12	3	15
Navolging richtlijn diabetes en zwangerschap (geen GUO en/of OGTT bij polyhydramnion of macrosomie; te weinig contact zwangere en diabetesverpleegkundige; geen extra groeiecho)	4	4	8
Diagnostiek/verwijzing bij verdenking op negatieve discrepantie (gemiste groeivertraging; geen doorverwijzing/actie bij groeivertraging; niet-verrichte groeiecho)	5	2	7
Navolging richtlijn reanimatie pasgeborene (incorrecte reanimatiefrequentie; hartactie tijdens reanimatie niet beluisterd; foutief uitgevoerde intubatie; geen positieve einddruk (PEEP) toegepast)	4	3	7
Navolging richtlijn hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap (geen actie na meten te hoge bloeddruk -albuminurie, vervolgspraak, groeiecho)	5	1	6
Navolging richtlijn basis prenatale zorg/VIL (geen verwijzing van 1e naar 2e lijn in geval van meconiumhoudend vruchtwater, hypertensie gedurende zwangerschap en signalen pre-eclampsie; inadequaat afgenomen obstetrische anamnese)	2	3	5
Navolging richtlijn obesitas (geen OGTT; geen groeiecho; OGTT te laat in de zwangerschap verricht)	3	2	5
Navolging richtlijn verminderde kindsbewegingen *** (zwangere meldt zich te laat; geen CTG; zorgverleners niet op hoogte van bestaan richtlijn)	2	2	4
Navolging lokaal protocol (minder leven voelen; acties bij geboorte kind met slechte start)	2	2	4
Navolging modelprotocol datering zwangerschap	1	0	1
Overig / afwijking standaard zorg / onduidelijk welke richtlijn gevolgd had moeten worden	21	14	35

* enkele SSF bevatten erg veel informatie, en zijn in meer dan één categorie (en soms ook als SSF over zorgcontext - in tabel 2) meegeteld

** de richtlijn foetale bewaking verscheen in mei 2014 (www.nvog-documenten.nl); alle vermeldingen t.a.v. foetale bewaking zijn in deze categorie meegeteld

*** de richtlijn verminderde kindsbewegingen verscheen in december 2013 (<http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/533/minder-leven-voelen/>); alle vermeldingen t.a.v. verminderde kindsbewegingen zijn in deze categorie meegeteld

Afbeelding 5 Substandaard factoren betreffende het onvoldoende volgen van richtlijnen (Dijk et al., 2016)

	2013 n	2014 n	Totaal N
Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons; communicatie tussen zorgverlener en zwangere; communicatie tussen leerling en supervisor; verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen; onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie; telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie; overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst; communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners; communicatie omtrent spoed-status sectio)	26	12	38
Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie; ontbrekende overwegingen bij afwijkend beleid; onduidelijkheid over zorgverlenersgroep verantwoordelijk voor dossiervorming; geen notatie uitkomsten standaard diagnostiek; geen verslaglegging in elektronisch dossier; onvoldoende terugkoppeling naar verwijzende zorgverlener; fouten in genoteerde doseringen/tijdstippen; gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-; onvoldoende notitie voorgeschiedenis zwangere; papieren CTG niet bewaard)	22	14	36
Delay (onderschatting ernst in 1e lijn; probleem bij in gang zetten spoedsectio; zwangere belt laat met klachten; OGTT te laat uitgevoerd; kinderarts niet bereikbaar/aanwezig bij kind met slechte start; reanimatie vertraagd door afwijking protocol)	11	12	23
Onvoldoende diagnostiek (geen groeiecho ondanks afspraak zorgpad; geen drugtest; gebrekkige diagnostiek bij post-mortem onderzoek; zwangere weigert verdere diagnostiek)	7	5	12
Gebrekkig post-mortem/pathologisch onderzoek (niet insturen placenta; foute preparatie navelstreng; niet aanbieden MRI na weigeren obductie; geen post-partum chromosomaal onderzoek; placenta komt niet aan bij lab)	3	5	8
Drukke; te weinig personeel (niet uitvoeren/beoordelen CTG; geen actie op controles; communicatieproblemen; gecompliceerde bevalling ten onrechte thuis wegens volzette 2e lijn)	2	2	4
Technisch/ logistiek probleem met apparatuur (spullen reanimatie niet overzichtelijk beschikbaar; medium voor sample patholoog niet beschikbaar)	2	1	3
No show/afzegging zonder vervolgactie zorgverlener	2	0	2
Overig (zwangere onttrekt zich aan zorg; zwangere wil niet naar 2e lijn verwezen worden; substandaard thuissituatie zwangere; taalbarrière zwangere; obstetrische historie buitenland onduidelijk; geen/niet snel bloed beschikbaar voor transfusie neonaat)	8	7	15

* enkele SSF bevatten erg veel informatie, en zijn in meer dan één categorie (en soms ook als SSF over zorgcontext - in tabel 1) meegeteld

Afbeelding 6 Substandaard factoren in de zorgcontext (Dijk et al., 2016)

Conclusie (Dijk et al., 2016):

In de perinatale audit van *à terme sterfte* 2013 & 2014 (Dijk et al., 2016) wordt geconcludeerd dat de substandaard factoren een zeer waarschijnlijke relatie van 9% hebben met de sterfte.

b. Wat zijn de resultaten sinds de invoering van de perinatale audit en perinatale registratie in het Perined DWH

- In 2016 is een perinatale audit *à terme sterfte* 2013 & 2014 gepubliceerd. Hierin wordt beschreven dat de *à terme sterfte* in de periode 2010-2014 met 16% is gedaald. Of deze daling de positie van Nederland met betrekking tot de perinatale sterfte binnen Europa verbeterd, is volgens van Dijk niet bekend.
- Ook Eskes concludeert naar aanleiding van een cohortstudie dat perinatale audits mogelijk kunnen bijdragen aan het naar beneden brengen van de perinatale sterfte. Ook merkt Eskes op, doordat niet alle casus van perinatale sterfte worden geaudit en dat daardoor de bijdrage aan trends in de perinatale sterfte (nog) beperkt is (Eskes et al., 2014).

4. Wat is er te vinden over de kraamzorgdata-integratie in een DWH vanuit een Strategisch ICT-management perspectief

Over strategisch ICT-management in relatie tot perinatale zorg of kraamzorgdata-integratie in een DWH is in de literatuur weinig tot niets te vinden. Toch speelt ICT in deze context een grote rol. De

perinatale data in het Perined DWH hebben een grote groep gebruikers met eigen ICT-systemen waarmee de gegevens worden opgeslagen, verwerkt en onderzocht. De organisatie van waaruit dit wordt gefaciliteerd is Perined. Ook houdt Perined de statistieken bij van het aantal gegevensaanvragen, de aanvragers ervan en de onderwerpen (Perined, 2013).

De ICT-strategie is volgens Ward & Peppard (2016) de strategie die investeringen prioriteert naar gelang ze bijdragen aan het applicatie portfolio. Deze prioritering is op basis van de voordelen en de nodige veranderingen om deze te bereiken, zonder hierbij buiten de grenzen van de organisatie te gaan (Ward & Peppard, 2016). In geval van een kraamzorgdata-integratie in een DWH kan men uitgaan van een waardevolle databron voor de perinatale zorg waar strategische planners een taxonomie en een zoekstelsel kunnen inrichten om voor aangepaste rapporten een planningsproces te maken (Massis, 2016). Dat dit gebeurt met het Perined DWH is te zien in de perinatale registratie Nederland, 1999 – 2012 (Perined, 2013). Hier is een duidelijk overzicht van alle onderzoeken die een steentje bijdragen aan de kwaliteit van de perinatale zorg. Ook wordt aangegeven dat eenheid van taal, eenmalige gegevensvastlegging aan de bron en elektronisch berichtenverkeer nog verder ontwikkeld zullen worden. De kraamzorgdata-integratie is daar een wezenlijk onderdeel van. Aangetoond zal moeten worden wat het effect van deze relatie met strategisch ICT-management zal zijn als de kraamzorgdata beschikbaar zijn voor de grote groep gebruikers van Perined.

B. Hoe kunnen kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd worden?

5. Hoe wordt de perinatale data verzonden en opgeslagen in de Perined DW

De Perined data van alle perinatale registraties en perinatale audits worden gestandaardiseerd in het Perined DWH opgeslagen. Standaard format voor het verzenden en opslaan van perinatale gegevens is HL7. Dit staat voor Health Level Seven, de wereldwijde standaard voor veilige, elektronische informatie-uitwisseling in de zorg. HL7 is in feite een familie van standaarden (HL7, 2016): Het uitwisselformaat voor HL7 berichten is de Extensible Markup Language (XML) zie afbeelding 7. Een voorbeeld van het begin van een HL7 bericht is te zien in afbeelding 8.

```
<!-- XML-processor levert: Waarden > 5 mg/l zijn pathologisch -->
<text>Waarden &gt; 5 mg/l zijn pathologisch</text>

<!-- XML-processor levert: Wijkapotheek Leermans & zonen -->
<name>Wijkapotheek Leermans & zonen</name>

<!-- XML-processor levert: 's-Gravenhage -->
<code ... displayName="'s-Gravenhage"/> of
<code ... displayName="'&apos;s-Gravenhage"/>

<!-- XML-processor levert: "'s-Gravenhage" -->
<code ... displayName="'&quot; 's-Gravenhage&quot;"/>
```

Afbeelding 7 Voorbeeld XML format, Bron: (HL7, 2016)


```
<?xml version="1.0"? encoding="utf-8">
<PORX_IN123456 ...
  xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:voc="urn:hl7-org:v3/voc"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <!-- ... HL7 versie 3 bericht inclusief wrappers en payload -->
</PORX_IN123456>
```

Afbeelding 8 Voorbeeld HL7 format, Bron: (HL7, 2016)

6. Welke vorm van monitoring is van toepassing op de kraamzorg

Monitoring kan zijn het gebruik maken van een meetgereedschap voor het verzamelen én op de juiste manier benutten van data maar ook het volgen of bewaken van een proces zoals de kraamzorg.

In het voorgaande is gesproken over het Perined DWH en het opslaan/verzenden van de Perined data. Kraamzorgdata vormen een onderdeel daarvan. Om de periode voor en tijdens de bevalling in kaart te brengen, is input van de cliënten van groot belang. Om deze te meetinstrumenten heeft Scheerhagen (2015) de ReproQuestionnaire (ReproQ) ontwikkeld. Scheerhagen wilde de prestatie meten van de kraamzorg gebaseerd op cliëntervaringen. Een dergelijke questionnaire zuiver voor dit doel was er volgens haar nog niet. De prestatie van de kraamzorg wordt primair vanuit de gezondheid bepaald met in het bijzonder door de sterfte van moeder en/of kind. De ReproQ bekijkt de kraamzorg vanuit een ander perspectief. Hier wordt gemeten hoe de cliënten de verleende zorg ervaren.

Er zijn veel bestaande questionnaires en indicatoren, deze bleken echter niet geschikt voor het doel dat Scheerhagen voor ogen had. De onderzochte questionnaires blijken hoofdzakelijk uit te gaan van procedurele aspecten; te veel focussen op bepaalde processen, monodisciplinaire perspectieven of gaan uit van een specifieke kraamzorgorganisatie (Scheerhagen et al., 2015). Het universele responsieve model van World Health Organisation (WHO) is gebaseerd op acht domeinen. Dit model bleek voor Scheerhagen goed te voldoen als uitgangsvraag. Volgens Scheerhagen komt dat omdat de ReproQ uitgaat van de mate waarin de zorgverlening cliënt-gericht is. Het WHO responsieve model bestaat uit 4 domeinen waarin de interactie tussen de zorgverlener en de cliënt centraal staat (Respect, Autonomie, Privacy en Communicatie), en 4 domeinen die gaan over de manier waarop de zorg is georganiseerd (Tijd tot hulp, Sociale ondersteuning, Faciliteit kwaliteit, en Keuze en Continuïteit). Met responsief wordt bedoeld dat antwoorden worden omgezet in kwaliteitsscores op de acht domeinen van responsiveness. Door middel van een duale studie heeft Scheerhagen de ReproQ ontwikkeld en gevalideerd. De ReproQ blijkt een goed instrument te zijn om het hiaat in de kraamzorgdata op te lossen. De ReproQ meet de uitvoering van de perinatale zorg/kraamzorg vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door welke organisatie de zorg wordt verleend. Er zijn twee soorten questionnaires: één voor de ervaringen tijdens de zwangerschap en bevalling, en één voor de ervaringen na de bevalling (Scheerhagen et al., 2015).

7. Wat is de gebruikersacceptatie en Praktijkervaring met monitoring in de perinatale zorg

Daar waar onderzoek is gedaan met de ReproQ gedaan wordt alleen melding gemaakt van de gebruikers in de vorm van de vrouwen (voor en na de bevalling) die het formulier met of zonder begeleiding moesten invullen. Onderzoekgegevens over gebruikersacceptatie en praktijkervaring met de ReproQ bij dataleveranciers, verzekeraars of ander partijen zijn hierbij nog niet aan de orde gekomen.

Uit Monitoringonderzoek - dat is uitgevoerd met de ReproQ questionnaire in zowel de eerste-, tweede- en derdelijnszorg - komt naar voren dat er een grote gebruikersacceptatie is binnen de lage sociaaleconomische en Nederlandssprekende etnische groepen. Ook blijkt dat de ReproQ potentie heeft om onderscheid te maken tussen verschillende ervaringen. Er is echter een verkorte versie

nodig om in afwezigheid van de interviewer de questionnaire af te kunnen nemen (Kooy, 2013). maar ook is duidelijk is dat taalbarrières en etnische achtergronden van invloed op de acceptatie.

In een geboortecentrumonderzoek (Akker-van Marle et al., 2016) is de ReproQ deel II gebruikt betreffende de ervaringen rondom de zwangerschap en de weken daarna. In het onderzoek van Akker-van Marle heeft 54,6% van de kraamvrouwen het formulier ingevuld. Hier bleek dat er significante verschillen te duiden waren in vergelijking met bevallende vrouwen in het algemeen. De respondenten van deze vragenlijst hadden namelijk een hogere sociaal economische status, waren vaker van Nederlandse komaf, startten de baring vaker onder leiding van een verloskundige en ondergingen minder vaak interventies (Akker-van Marle et al., 2016).

Uitkomsten van de gebruikersacceptatie kunnen ook een goede bron zijn voor strategische ICT-management beslissingen gezien nieuwe gebruikerservaringen kunnen leiden tot nieuwe data voor de perinatale zorg. Hiermee kunnen strategische planners dan weer een taxonomie en een zoekstelsel inrichten om voor aangepaste rapporten een planningsproces te maken (Massis, 2016).

4. Conclusies

Met dit literatuuronderzoek is goed inzicht gekregen hoe de perinatale zorg in Nederland is georganiseerd in een eerstelijns-, tweedelijns en derdelijnszorg. Ook is duidelijk welke partijen hierbij betrokken zijn en dat de kraamzorgdata zich uitsluitend beperkt tot de eerstelijnszorg.

Informatievoorziening in de perinatale zorg

De informatievoorziening in de perinatale zorg wordt centraal georganiseerd en alle betrokken partijen proberen de aangeleverde data zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen zodat de data goed in het Perined DWH komt. De herkomst van de perinatale data wordt beschreven in het PWD *Hoofddocument Gegevensuitwisseling in de perinatale keten* (KNOV, 2015). De kraamzorgdata is hierbij een duidelijke afwezige. Ook wordt de kraamzorgdata niet meegenomen in de perinatale registraties.

Perined DWH

De Perinatale data komt in het Perined DWH en is opgezet volgens het principe van een clinical DWH. Dat is een DWH waarin zorgdata uit bronsystemen worden verzameld (W. T. F. Goossen & Dille, 2013). De manier waarop de zorginformatie gestandaardiseerd en gestructureerd wordt is volgens het DCM-methode. In een DCM wordt zorginformatie over een bepaald onderwerp gedefinieerd voor een clinical DWH. Dit zal ook de basis zijn waarop de kraamzorgdata geïntegreerd zal moeten worden.

Kwaliteit perinatale zorg

De perinatale registraties en perinatale audits dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de perinatale zorg in Nederland. Onderzoeken van (Eskes et al., 2014) en Van Dijk (2016) bevestigen dit resultaat. Ook laat het onderzoek *Perinatale audit van à terme sterfte 2013 & 2014* van Van Dijk zien op welke substandaard factoren de nadruk ligt bij het verbeteren van de perinatale zorg.

Strategisch ICT-management

Kraamzorgdata-integratie en de nieuwe datastroom die dit teweeg brengt, zal een wezenlijk onderdeel gaan uitmaken van het Perined DWH. Vanuit strategisch management perspectief zullen hierdoor nieuwe inzichten verkregen kunnen worden als de kraamzorgdata beschikbaar zijn voor de grote groep gebruikers van Perined.

Eindconclusie hoofdvraag 1

De kraamzorgdata-integratie is mijns inziens van invloed op de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg. Als deze data geïntegreerd worden, zullen ze een extra onderdeel van de perinatale data zijn en meegenomen worden in wetenschappelijke onderzoeken. De perinatale audits en perinatale registraties hebben al een positieve invloed laten zien op de kwaliteit van de perinatale zorg. Wat de invloed van de kraamzorgdata zal zijn moet onderzocht worden, maar nieuwe data leidt tot nieuwe inzichten en het is aan de onderzoekers om te onderzoeken hoe de invloed van deze nieuwe data zich verhoudt tot verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg.

Verzenden en opslaan van perinatale data in het Perined DWH

Het standaard format voor het verzenden en opslaan van perinatale gegevens is HL7. Dit format is tevens het uitgangsformat voor de kraamzorgdata-integratie in een DWH.

Monitoring

Om de periode voor en tijdens de bevalling in kaart te brengen is input van de cliënten van groot belang. De ReproQ blijkt een goed instrument te zijn om de ReproQ-data als kraamzorgdata te meetinstrumenten. Het meet de uitvoering van de perinatale zorg/kraamzorg vanuit het perspectief van de cliënt, onafhankelijk door welke organisatie de zorg wordt verleend. De gebruikersacceptatie laat zien dat er behoefte is aan een aangepaste versie die zonder interviewer afgenomen kan worden. Ook is er een grote gebruikersacceptatie is binnen de lage sociaaleconomische en Nederlandssprekende etnische groepen. Wel is duidelijk dat de gebruikersacceptatie over de gehele linie voor alle vrouwen niet gelijk is. Taalbarrières en etnische achtergronden zijn van invloed op de acceptatie. De gebruikersacceptaties kunnen vanuit een strategisch ICT-management perspectief ook nieuwe inzichten geven.

Eindconclusie hoofdvraag 2

Volgens het literatuuronderzoek moeten kraamzorgdata gestructureerd in het Perined DWH geïntegreerd kunnen worden. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met de monitoring in combinatie met de specificaties, validiteit, het format van verzenden en opslaan van de kraamzorgdata in het Perined DWH. Daarnaast is voor de volledigheid van de kraamzorgdata van belang dat de monitoring voor alle vrouwen voldoende wordt geaccepteerd.

4.1 Vervolgonderzoek

Het literatuuronderzoek geeft aanleiding tot onderstaande onderwerpen voor vervolgonderzoek.

Kraamzorgdata-integratie in het Perined DWH

- Onderzoek naar de huidige bijdrage van de kraamzorgdata aan de perinatale data in het Perined DWH
- Welke applicaties worden in vergelijkbare situaties toegepast om zorgdata te verzamelen
- Welke meta-data zijn van toepassing op de kraamzorgdata
- Hoe moeten de data gecodeerd worden en kunnen deze daarna ook getrieveld worden
- Onderzoek naar het DCM identifiers die nodig zijn voor de kraamzorg
- Onderzoek bij de stakeholders over de bijdrage van de kraamzorgdata op de kwaliteit van de perinatale zorg

Monitoring

- Onderzoek naar de huidige stand van zaken met de ReproQ in relatie tot de kraamzorgdatamonitoring en de inpasbaarheid voor het verzamelen van de kraamzorgdata in de Perined DWH. Dit betreft wel het deel van de ReproQ dat gaat over de periode na de bevalling.

Strategisch ICT-management

- Wat is strategisch ICT management en hoe kan het een rol spelen bij de kraamzorgdata-integratie
- Wat zijn de verwachtingen van strategisch ICT-management als de kraamzorgdata beschikbaar zijn in het Perined DWH en waarom

Procesmatig

- Het in kaart brengen van het procesmodel van de perinatale zorg en het activiteitenmodel van de kraamzorg

Referenties

Literatuurlijst

- Akker-van Marle, M. van de, Akkermans, H, Boesveld, I.C., Bruijnzeels, M.A., Franx, A, de Graaf, J.P., . . . Wiegers, T.A. . (2016). *Evaluatie van zorg in geboortecentra in Nederland: Resultaten van het Geboortecentrum Onderzoek* Geraadpleegd 6-7-2016 van https://www.tno.nl/media/7290/geboortecentrumonderzoek_eindrapport_april_2016.pdf
- Beek, C.C. van. (2009). Consultatiedocument Kraamzorg - Een analyse van de mogelijkheden voor vrije prijsvorming. *Publicaties over eerstelijns verloskunde - Nederlandse Zorgautoriteit, NZa, Utrecht*.
- Diem, Mariet van, De Reu, Paul, Eskes, Martine, Brouwers, Hens, Holleboom, Cas, Slagter-Roukema, Tineke, & Merkus, Hans. (2010). National perinatal audit, a feasible initiative for the Netherlands: A validation study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(9), 1168-1173. doi:10.3109/00016349.2010.500468
- Dijk, A.E. van, Knapen, M.F.C.M., Waelput, A.K.M., Brouwers, H.A.A., Slobben-Mager, K, Alderliesten, M.e., . . . Bremmer-Bolhuis, T.L. (2016). Perinatale audit van à terme sterfte in 2013 & 2014 *Perinatale audit Nederland: Perined*.
- Escuriel, Ramón, White, Joanna, Beeckman, Katrien, Frith, Lucy, Leon-Larios, Fatima, Loytved, Christine, . . . van Teijlingen, Edwin. (2015). Assessing the performance of maternity care in Europe: a critical exploration of tools and indicators. *British Medical Journal, Health Services Research*, 15(1), 1-13. doi:10.1186/s12913-015-1151-2
- Eskes, Martine, Waelput, Adja J M, Erwich, Jan Jaap H M, Brouwers, Hens A A, Ravelli, Anita C J, Achterberg, Peter W, . . . Bruinse, Hein W. (2014). Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study. *British Medical Journal Open*, 4(10), 10. doi:10.1136/bmjopen-2014-005652
- Evers, Annemieke C C, Brouwers, Hens A A, Hukkelhoven, Chantal W P M, Nikkels, Peter G J, Boon, Janine, van Egmond-Linden, Anneke, . . . Kwee, Anneke. (2010). Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *British Medical Journal (BMJ) Open*, 341. doi:10.1136/bmj.c5639
- Goossen, W.T.F., & Dille, J. (2013). *Uitwisselen verpleegkundige gegevens oncologie met behulp van een Clinical Data Ware House - Lectoraat ICT-innovaties in de zorg* (Vol. RAAK-publiek Rapportage 2013, Projectnummer 2011-13-41P). Zwolle: Windesheim.

- HL7 (2016, 5-7-2016). HL7 Nederland *Algemene informatie* Geraadpleegd 5-7-2016 van <http://www.hl7.nl/>
- IFWH (2016). Cohort studies, case control studies & RCTs* - <http://www.iwh.on.ca/at-work/83>
Institute For Work & Health - AT WORK, WINTER 2016(83).
- KNOV (2015). *PWD - Gegevensuitwisseling in de perinatale keten - Hoofddocument* Geraadpleegd 6-7-2016 van <https://www.nictiz.nl/publicaties/richtlijnen-en-handleidingen/pwd-0-hoofddocument-gegevensuitwisseling-in-de-perinatale-keten-15-1-0>
- Kooy, J. van der. (2013). Dutch Perinatal System - performance and innovative strategies. *PhD thesis*.
- Massis, Bruce. (2016). Data-driven decision-making in the library. *New Library World*, 117(1/2), 131-134. doi:10.1108/NLW-10-2015-0081
- NISO (2004, 7-7-2016). Understanding Metadata - <http://www.niso.org/>. Geraadpleegd 7-7-2016 van <http://www.niso.org/publications/press/UnderstandingMetadata.pdf>
- OU (2013). Premaster Management wetenschappen - Reader 1 *Open Universiteit Faculty of Management, Science & Technology*. Heerlen: Open Universiteit.
- Perined (2013). *Perinatale Registratie Nederland Grote Lijnen 1999 - 2012 (978-90-809666-9-7)*. Retrieved from Enschede: <https://assets.perined.nl/docs/6f9eb6f1-f40c-4fb6-92b7-55787f230704.pdf>
- Rowley, Jennifer. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25(1), 16-27. doi:10.1108/01409170210782990
- Saunders, M, Lewis, P, & Thornhill, A. (2012). *Research Methods for Business Students*. Harlow: Pearson.
- Scheerhagen, Marisja, van Stel, Henk F., Birnie, Erwin, Franx, Arie, & Bonsel, Gouke J. (2015). Measuring Client Experiences in Maternity Care under Change: Development of a Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model. *PLoS ONE*, 10(2), 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0117031
- Vos, M.L.G. de, & Graafmans, W.C. (2007). *Indicatoren voor de Kraamzorg - Ontwikkeling van indicatoren voor kraamzorginstellingen*. Retrieved from Bilthoven, november 2007, http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2007/november/Indicatoren_voor_de_kraamzorg_Ontwikkeling_van_indicatoren_voor_kraamzorginstellingen:
- Ward, John, & Peppard, Joe. (2016). *The Strategic Management of Information Systems: Building a Digital Strategy*: John Wiley & Sons.
- Yoo, Sooyoung, Kim, Seok, Lee, Kee-Hyuck, Jeong, Chang Wook, Youn, Sang Woong, Park, Kyoung Un, . . . Hwang, Hee. (2014). Electronically implemented clinical indicators based on a data warehouse in a tertiary hospital: Its clinical benefit and effectiveness. *Int. Journal of Medical Informatics*, 83(7), 507-516. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.04.001>

Bijlage 8 Brief College Perinatale Zorg



Zorginstituut Nederland
De heer prof. dr. N.J. de Wit
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 19 mei 2017

Betreft: Reactie op consultatie Indicatorenset Integrale Geboortezorg

Geachte heer De Wit,

Bij deze bevestigt het CPZ de ontvangst van uw brief d.d. 12 mei jl. De Kwaliteitsraad biedt bestuurders van partijen betrokken bij de integrale geboortezorg daarin de mogelijkheid te reageren op de concept-indicatorenset Integrale Geboortezorg. Het CPZ voldoet bij deze aan uw verzoek. Hieronder leest u een aantal overwegingen, die naar het oordeel van het CPZ van belang zijn om mee te nemen in de uiteindelijke besluitvorming rondom de definitieve indicatorenset Integrale Geboortezorg.

Voorafgaand wil het CPZ haar zorg uitspreken dat, door de nu gevolgde procedure, de Kwaliteitsraad partijen de mogelijkheid biedt af te wijken van een eerder vastgesteld en met volledig draagvlak gekozen instrument, namelijk de ReproQ. Dit zal leiden tot hernieuwde discussie en tot vertraging in de implementatie van deze indicator, aangezien er voor een cliëntervaringsvragenlijst de nodige zaken (technische voorbereiding, inrichting governance, invulling van juridische kaders etc.) geregeld moeten worden.

Met betrekking tot de voorgestelde scenario's ziet het CPZ de volgende voor- en nadelen:

Scenario 1

Voordelen: de NPS is eenvoudig te implementeren en het betreft een herkenbare parameter, die met weinig kosten te implementeren is. Het scenario biedt VSV's hiernaast de vrijheid om lokaal informatie te verkrijgen met een zelf te kiezen instrument.

Nadelen: de vrijheid in instrumentkeuze gaat ten koste van de vergelijkbaarheid van de gegevens terwijl de kosten zullen toenemen. De resultaatverplichting van minimaal 200 cliënten kan leiden tot een bias in de resultaten, doordat niet nader gedefinieerd wordt hoe deze steekproef tot stand dient te komen.

Scenario 2

Voordelen: er is inhoudelijk draagvlak voor de implementatie van de (weliswaar volledige) ReproQ. Verder maakt landelijke keuze van één instrument onderlinge vergelijking en benchmarking mogelijk.

Nadelen: er zijn minder bruikbare resultaten door het kleinere aantal vragen c.q. de informatie die hiermee verkregen wordt.

Op grond van bovenstaande vindt het CPZ het belangrijk de volgende overwegingen aan de Kwaliteitsraad mee te geven:

1) De mogelijkheid tot vergelijking en benchmarking

Uitgangspunt van invoering van een cliëntervaringsvragenlijst in de geboortezorgketen is het mogelijk maken van onderlinge vergelijking en benchmarking. In dit verband is het van het grootste belang dat alle VSV's dezelfde lijst gebruiken, met een omvang die groter is dan de NPS.

2) Het behalen van de vereiste response

De mate waarin een instrument daadwerkelijk op eenvoudige wijze een response van (de in uw scenario's verplichte) 200 geeft, is een essentieel criterium. Het instrument dat de minste belasting geeft voor een cliënt om in te vullen en voor de professional het minste last geeft om cliënten te benaderen, zal het snelst de noodzakelijke respons geven. In dit opzicht komen de scenario's tegemoet aan de breed levende wens om de vragenlijst in omvang beperkt te houden.

3) De bruikbaarheid van de resultaten

Belangrijk is de vraag: welk instrument levert voor de dagelijkse praktijk het meeste op als het gaat om input voor verbetering van de geleverde zorg? In dat kader is ook *het moment dat gemeten wordt* van belang. Als iedere VSV of zorgverlener hier een eigen keuze in heeft (die wellicht ook nog jaarlijks kan verschillen), dan wordt de vergelijkbaarheid, zelfs binnen de eigen VSV, gering. Het CPZ vindt het belangrijk bij de keuze vast te stellen dat dit landelijk op dezelfde wijze gebeurt.

4) Juridische en financiële aandachtspunten

Een belangrijke overweging bij de keuze van een instrument zijn de beperkingen die samenhangen met het Intellectuele Eigendom en de gebruiksrechten resp. doorontwikkelmogelijkheden en aanpasbaarheid/aanvulmogelijkheden. Een instrument is aantrekkelijk als in dezelfde actie de cliënt nog enkele vragen kunnen worden gesteld die grote meerwaarde geven voor de VSV of een aanbieder. Daarnaast vormt de aansluiting bij de kraamzorguitvraag een extra punt van aandacht. Ook heeft de keuze consequenties voor de kosten van de uitvraag en het verdere vervolg, zowel lokaal als landelijk. De optie dat iedere VSV zijn eigen instrument kiest zal bijv. kostenverhogend werken.

Aanbeveling

Op basis van het voorgaande dringt het CPZ er bij de Kwaliteitsraad op aan een impactanalyse te maken van de uiteindelijke keuze die gemaakt wordt, zodat rekening gehouden kan worden met de resultaten daarvan en vervolgens op grond daarvan realistische implementatie-afspraken gemaakt kunnen worden. Voorts beveelt het CPZ aan te kiezen voor een instrument dat voor iedereen hetzelfde zal zijn. Met andere woorden de vrijheid om iedere VSV zijn eigen instrument te laten kiezen heeft niet de voorkeur van het CPZ. Tevens wordt aanbevolen, met het oog op de vergelijkbaarheid van de resultaten, eenzelfde meetmoment te hanteren.

Ook stelt het CPZ voor te kiezen voor een *implementatieperiode van 2 à 3 jaar, waarna evaluatie kan plaats vinden*. Discussies rond het Intellectueel Eigendom kunnen dan vermeden worden, wat het proces van implementatie bespoedigt. Een instrument heeft een zekere implementatieperiode nodig alvorens het (beargumenteerd) geëvalueerd kan worden.

Als vastgehouden wordt aan een start in het 4^e kwartaal van 2017, stelt het CPZ voor dit kwartaal als proefperiode te beschouwen en niet als formele registratieperiode. Door de ontstane situatie is implementatie, waaronder het behalen van de verplichte respons, vanaf het 4^e kwartaal lastig, zeker als er ook conclusies moeten kunnen worden verbonden aan de uitkomsten over die periode.

Indien gewenst is het CPZ vanzelfsprekend bereid bovenstaande nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,
College Perinatale Zorg



Dineke Moerman
Directeur